

REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA



SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

ANO VIII - VOL.8 - Nº 3

SETEMBRO/DEZEMBRO 2011

REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

Nº3 . SETEMBRO/DEZEMBRO 2011

Editorial / Editorial	92
<i>João Gíria</i>	
XXI Congresso Nacional de Coloproctologia / XXI National Congress of Coloproctology	
Presidente e Comissões / President and Committees	96
Programa / Programme	99
Comunicações Orais / Oral Communications	101
Posters / Posters	111
Videos / Videos	133

FICHA TÉCNICA: Revista Médica Quadrimestral, excluída de registo no ICS de acordo com a alínea a) do art. 12º do D.R. nº 8/99 de Junho de 1999. N.ºs avulsos: €10,00. Assinatura anual: €35,00 **Propriedade:** Sociedade Portuguesa de Coloproctologia **Edição e Publicidade:** Heartbrain - Consultores em Comunicação, Lda - R. Diogo de Silves, 4B - 1400-107 Lisboa - Tel: 21 3020706 - Fax: 21 3020707 - e-mail: heartbrain.lida@net.novis.pt **Impressão:** Taligraf - Artes Gráficas, Lda. - Estrada de Paço de Arcos, Centro Empresarial Cacém, Armazém L - 2735-336 Cacém - Telef.: 214 269 870 - Fax: 214 269 879.

REVISTA PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

CORPO EDITORIAL

DIRECTOR

Miguel Mascarenhas Saraiva

EDITOR

Pedro Correia da Silva

EDITORES ADJUNTOS

João Pimentel

João Ramos de Deus



CONSELHO CIENTÍFICO

Adriano Paim

Albano Rosa

Alexandre Duarte

Alfredo Martins Barata

Amílcar Mascarenhas Saraiva

Anabela Rocha

Antonino Camacho

António Donato

António Banhudo

António Carlos Saraiva

António Manuel Araújo Teixeira

António Cruz Pinho

Carlos Gonçalves Pereira

Carlos Nobre Leitão

César Gomes

Diniz Freitas

Fausto Pontes

Fernando Tavarela Veloso

Francisco Castro Sousa

Henrique Bicha Castelo

Hermano Gouveia

Jaime Ramos

João Castel-Branco Silveira

João José Fazenda Gíria

João José Pires Leitão

João Manuel Pimentel

João Ramos de Deus

João Ricardo Teixeira

Jorge Santos Bessa

José Alexandre Sarmento

José Borges de Almeida

José Cotter

José Eduardo Mendonça Santos

José Guilherme Tralhão

José Manuel Romãozinho

José Paulo Monteiro de Andrade

José Pedro Azevedo

Júlio Leite

Luís d'Orey Manoel

Manuel Liberato

Manuel Martins Alves

Manuela Ferreira

Miguel Coelho Santos

Miguel Mascarenhas Saraiva

Pedro Correia da Silva

Reinaldo Noronha

Rodrigo Costa e Silva

SOCIEDADE PORTUGUESA DE COLOPROCTOLOGIA

ÓRGÃOS SOCIAIS

Direcção

Presidente

Miguel Mascarenhas Saraiva

Presidente Eleito

João Gíria

Vice-Presidente

João Pimentel

Secretário Geral

Pedro Correia da Silva

Secretário Geral Adjunto

João Ramos de Deus

Tesoureiro

Alexandre Duarte

Vogais

Adriano Paim

Alexandre Monteiro

Américo Dias Pereira

Anabela Rocha

Ana Formiga

António Banhudo

F. Castro Poças

Francisco Portela

Helena Vasconcelos

Henrique Morna

Irene Martins

João Leitão

João Malaquias Leitão

João Vieira Amândio

José Alexandre Samento

José Crespo Mendes de Almeida

Manuel Liberato

Pedro Amaro

Raquel Gonçalves

Vítor Fernandes

Assembleia Geral

Presidente

Júlio Leite

Vice-Presidente

A. Martins Barata

Secretário

Joaquim Costa Pereira

Conselho Fiscal

Presidente

Antonino Camacho

Secretário

Manuela Ferreira

Vogal

João Ricardo Teixeira

Secretariado

Ana Azevedo

Tel. 222 076 370

Fax 222 076 379

E-mail: spcoloprocto@gmail.com

site: www.spcoloprocto.org



JOÃO GÍRIA

Presidente da Comissão Organizadora
do XXI Congresso de Coloproctologia

EDITORIAL

A Sociedade Portuguesa de Coloproctologia vai realizar o seu XXI Congresso Nacional em Lisboa, nos dias 24 e 25 de Novembro de 2011. O Presidente de Honra será o Dr. Antonino Gomes Camacho, figura de destaque da Coloproctologia Portuguesa, sócio fundador, antigo Secretário Geral e Ex-Presidente desta Sociedade.

O dia 24 será o mais intensivo. De manhã terá lugar uma apresentação multidisciplinar em painel sobre o Cancro do Colon em Obstrução, uma conferência sobre a Qualidade em Colonoscopia e a Sessão de Abertura com alocução do Presidente aos Congressistas. Na parte da tarde terá lugar uma mesa-redonda sobre Situações de Urgência em Doença Inflamatória Intestinal, que será seguida pela apresentação de comunicações livres orais e vídeo.

Estará sempre disponível para visita um espaço amplo para exposição das Comunicações Poster e para exposição de medicamentos, livros e dispositivos médicos.

Foram recebidas 86 comunicações livres, cujos resumos foram enviados de forma anónima para as respectivas Comissões de Avaliação, a quem se solicitou uma pré-classificação, juntamente com a confirmação das condições de admissão. De onde resultou a admissão de 20 comunicações para apresentação oral, 48 sob a forma de Poster e 18 sob a forma de vídeo.

O número de Comunicações orais admitidas excedeu o previsto, o que vai obrigar a realizar mais do que uma sessão em simultâneo. Assim, no final da tarde do dia 24 vai haver uma grande oportunidade de escolha, dado que terá de haver em paralelo 4 sessões, duas de comunicações orais e duas de comunicações vídeo.

Mesmo a finalizar o dia e como é habitual, está convocada a Assembleia Geral para as 18.30 horas.

No dia 25, terá lugar uma sessão de apresentação oral sucinta de 8 posters seleccionados no dia anterior pela respectiva comissão de avaliação. A que se segue uma mesa-redonda sobre Supurações Ano-rectais e uma outra sobre Obstipação, que conta com a presença como conferencistas convidados dos nossos colegas Stella e Sérgio Regadas, prestigiadas figuras da Coloproctologia no Brasil.

Na Sessão de encerramento, prevista para as 12.45, terá lugar uma distribuição de prémios e de menções honrosas para os autores das melhores comunicações apresentadas.

Muitos agradecimentos são devidos a todos os que tornaram possível a realização deste Congresso.

À Direcção da Sociedade pela promoção, à Comissão Organizadora pela realização, aos conferencistas e participantes pela sua disponibilidade e despojado interesse na dinamização da especialidade.

Aos membros das Comissões de avaliação das comunicações livres, pelo seu empenho no desempenho do compromisso assumido, pe-

la pronta resposta dada à urgente solicitação enviada.

Aos dezasseis patrocinadores que, num ano de particular dificuldade, o tornaram viável, pelo seu esforço, pela sua consideração para connosco e pela sua tão determinada opção em apoiar esta Sociedade.

Ao Secretariado, pelo seu profissionalismo, disponibilidade e atenta simpatia.

Por fim aos mais importantes, os Congressistas, sem os quais nada faria sentido.

Para todos, um bom Congresso.

XXI Congresso de COLOPROCTOLOGIA

24 e 25 Novembro, 2011

SANA Lisboa Hotel



XXI CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA
SANA Lisboa Hotel
24 e 25 de Novembro de 2011

Presidente de Honra do Congresso

Dr. Antonino Gomes Camacho

Comissão de Honra do Congresso

Presidente da Sociedade Portuguesa de Coloproctologia
Prof. Dr. Miguel Mascarenhas Saraiva

Presidente da Sociedade Portuguesa de Gastrenterologia
Prof. Dr. Hermano Gouveia

Presidente da Sociedade Portuguesa de Cirurgia
Prof. Dr. Henrique Bicha Castelo

Presidente da Sociedade Brasileira de Coloproctologia
Prof. Dr. Sérgio Regadas

Presidente do Congresso

João Gíria

Comissão Organizadora

A. Martins Barata
Ana Formiga
Irene Martins
João Malaquias Leitão
João Ramos de Deus

José Crespo Mendes de Almeida
José Gonçalves
Manuel Liberato
Vitor Fernandes

Comissão Científica

Adriano Paim
Alexandre Duarte
Alexandre Monteiro
Américo Dias Pereira
Anabela Rocha
António Banhudo
F. Castro Poças
Francisco Portela
Helena Vasconcelos
Henrique Morna
João Leitão

João Pimentel
João Vieira Amândio
Joaquim Costa Pereira
José Alexandre Sarmento
Júlio Leite
Manuela Ferreira
Miguel Mascarenhas Saraiva
Pedro Amaro
Pedro Correia da Silva
Raquel Gonçalves

Comissões de Avaliação de Comunicações Livres

Comunicações Orais

Presidente: J. C. Mendes de Almeida

Joaquim Costa Pereira

Manuela Ferreira

Maria João Bettencourt

Pilar Vicente

Posters

Presidente: Beatriz Costa Neves

Fernando Aldeia

João Leitão

Pedro Amaro

Pedro Moniz Pereira

Vídeos

Presidente: Rodrigo Costa e Silva

António Pinto

João Amândio

Paula Ministro

Vasco Geraldes

Conferencistas

Alexandre Duarte

J. L. Ramos Dias

Anabela Rocha

J. M. Romãozinho

Ana Formiga

Jaime Ramos

António Carlos Saraiva

João Corte Real

António David Marques

João Gíria

António Miguel Madureira

João Malaquias Leitão

Augusto Gaspar

João Pimentel

Carlos Carvalho

João Ramos de Deus

Cristina Duarte

Jorge Canena

Eduardo Pires

Jorge Maciel

Fernando Castro Poças

Jorge Reis

Francisco Portela

Júlio Leite

Francisco Rocha Pires

Leopoldo Matos

Henrique Bicha Castelo

Manuel Liberato

Irene Martins

Manuel Limbert

Marília Cravo
Marisa Santos
Mendonça Santos
Miguel Mascarenhas Saraiva
Nuno Carvalho
Paula Campos
Paulo Mira

Pedro Hergueta Delgado
Ricardo Lopes
Sérgio Regadas
Setelio Rua
Sthela Regadas
Vitor Fernandes
Vitor Nunes

Patrocinadores

A. Menarini
Abbott
Bayer
Biosaúde
Casem Fleet
Covidien
Decomed
Dr. Falk

Ferring
Johnson & Johnson
Laboratórios Vitória
Livromédica
Lusopalex
Merck Sharp & Dohme
Norgine
Servier

XXI CONGRESSO NACIONAL DE COLOPROCTOLOGIA

SANA Lisboa Hotel

24 e 25 de Novembro de 2011

PROGRAMA

24 DE NOVEMBRO

08.30h Abertura do Secretariado

09.30-11.00h Painei

• **OBSTRUÇÃO NO CANCRO DO CÓLON**

- Introdução
- Imagiologia
- Gastreenterologia
- Cirurgia
- Oncologia

11.00-11.30h Coffee-break

11.30-12.15h Conferência

• **QUALIDADE EM COLONOSCOPIA**

12.15-13.00h Sessão de Abertura

13.00-14.30h Almoço

14.30-16.00h Mesa-redonda

• **URGÊNCIAS EM DOENÇA INFLAMATÓRIA
INTESTINAL**

- Colite aguda severa e megacólon tóxico
- Doença de Crohn, obstrução e penetração
- Sepsis intra-abdominal
- O papel da Imagiologia

16.00-16.30h Coffee-break

16.30-18.30h Comunicações Livres (Orais e Vídeos)

18.30h Assembleia Geral

25 DE NOVEMBRO

07.00h Abertura do Secretariado

08.00-09.30h Apresentação Oral de
Comunicações Livres
(Posters)

09.30-11.00h Mesa-Redonda

• **SUPURAÇÕES ANO-RECTAIS**

- Idiopáticas, por Doença Inflamatória e por Tumor Maligno, revistas por Imagiologia, Gastreenterologia e Cirurgia

11.00-11.20h Coffee-break

11.20-12.20h Mesa-redonda

• **OBSTIPAÇÃO**

- Novos métodos de avaliação
- Pontos de vista por Gastreenterologia e Cirurgia

12.45h Sessão de Encerramento

Comunicações Orais

(CO 01 a CO 20) - Págs. 101 a 111

Posters

(P 01 a P 48) - Págs. 111 a 133

Vídeos

(V 01 a V 15) - Págs. 133 a 141



CO 01

A ESTIMULAÇÃO NERVOSA SAGRADA NO TRATAMENTO DA OBSTIPAÇÃO SEVERA

Monteiro A, Leite JS, Manso A, Martins S, Serodio M, Oliveira J, Castro Sousa F

Serviço de Cirurgia A – Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo: É difícil seleccionar qual o melhor tratamento para os casos de obstipação severa resistentes às diversas medidas dietéticas e médicas. O objectivo do presente estudo consistiu em analisar o resultado da estimulação sagrada no tratamento da obstipação severa refractária ao tratamento médico.

Métodos: Nos doentes com obstipação severa, refractária aos tratamentos médicos efectuou-se o teste de estimulação sagrada percutânea durante 3 semanas. O tempo de trânsito cólico estava aumentado em todos os pacientes e não existiam anomalias significativas na defecografia. Procedeu-se ao implante definitivo do neuroestimulador nos casos em que se verificou que os sintomas melhoraram mais de 50%. Avaliou-se o resultado clínico através do score de obstipação de Wexner.

Resultados: Efectuou-se o teste de estimulação sagrada percutânea a 9 mulheres com a idade média de 37 anos. Após 3 semanas verificou-se boa resposta clínica em 6 (67%) casos nos quais se implantou o neuroestimulador. Na reavaliação clínica após uma média de 23 meses (limites entre 6 e 30 meses) verificou-se a redução média do score de Wexner de 19 para 9 ($p < 0,05$). Nos primeiros meses houve perda da eficácia terapêutica em 4 casos, tendo 2 melhorado após a reprogramação do estimulador.

Conclusão: A estimulação nervosa sagrada melhorou a obstipação refractária à terapêutica médica em 44% (4/9) dos doentes e neste contexto justifica-se, em casos seleccionados, esta opção terapêutica não invasiva.

CO 02

INCONTINÊNCIA FECAL PÓS PARTO E ECOGRAFIA ENDOANAL

Daniela Ferreira, F. Castro Poças, Paula Lago, Teresa Moreira, Isabel Pedroto

Sector de Ultra-sons, Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António

Introdução: Estudos recentes demonstraram uma correlação positiva entre as alterações endossonográficas do esfíncter anal encontradas no período pós-parto e a gravidade da incontinência fecal o que demonstra a importância deste método de imagem na abordagem desta patologia.

Objectivo: Caracterizar os achados da ecografia endoanal (EE) ao nível do esfíncter anal interno e externo em pacientes primíparas com incontinência fecal pós parto.

Material e Métodos: Analisados, retrospectivamente, os resultados das EE realizadas a pacientes primíparas com incontinência fecal pós parto no período entre 2005 e 2010.

Resultados: No período entre 2005 e 2010 foram realizadas um total de 46 EE a pacientes primíparas com incontinência fecal pós parto. Das 46 pacientes, 14 (30%) não apresentavam alterações esfínterianas e 32 (70%) apresentavam lacerações; 52,2% ($n=24$) laceração do esfíncter anal interno (EAI); 65,2% ($n=30$) laceração do esfíncter anal externo. Das 24 com lacerações do EAI: 22 laceração completa do EAI e 2 laceração incompleta do EAI; 19 lacerações do EAI no canal anal superior e médio simultaneamente; 6 lacerações do EAI no canal anal médio isoladamente; 1 apresentava laceração EAI no canal anal superior isoladamente; todas ($n=24$) apresentavam laceração do EAI no quadrante anterior (4 em associação com laceração do quadrante lateral esquerdo, 1 em associação com laceração do quadrante lateral direito e 5 em associação com laceração dos quadrantes laterais direito e esquerdo adjacentes); 7 lacerações do quadrante lateral direito isoladamente e 7 laceração do quadrante lateral esquerdo isoladamente. Das 32 com laceração do EAE: 13 (40,6%) laceração completa do EAE; 19 (59,4%) laceração incompleta do EAE; 3 laceração isolada no canal anal superior; 17 laceração isolada no canal anal médio; 12 laceração ao longo de todo o canal anal. No que respeita aos quadrantes afectados: 16 laceração isolada do quadrante anterior; 15 laceração combinada do quadrante anterior e lateral esquerdo e 1 laceração isolada do quadrante lateral direito. A laceração do EAE mais frequentemente encontrada foi a laceração isolada do canal anal médio quadrante anterior e lateral esquerdo adjacente ($n = 11$). Destas 11 doentes 7 apresentavam o EAI intacto.

Conclusão: 70% das pacientes que realizaram EE por incontinência fecal pós-parto apresentava lacer-

rações esfíncterianas, o que confirma que as lacerações são a principal causa de incontinência pós-parto. A maioria apresentava laceração simultânea do EAE e EAI. Este dado não está de acordo com a literatura em que as lacerações isoladas do EAE são referidas como sendo mais frequentes que a laceração conjunta destes dois esfíncteres. A segunda laceração mais frequente é a laceração isolada do EAE. A laceração isolada do EAI é extremamente rara.

No que respeita ao EAE a laceração mais frequentemente encontrada foi a laceração incompleta do EAE no canal anal médio quadrantes anterior e lateral esquerdo. Uma percentagem significativa de pacientes apresenta laceração completa do EAI ao nível do canal anal médio e superior quadrantes anterior e lateral esquerdo. Estes dados estão de acordo com a literatura existente.

CO 03

ENDOMETRIOSE PÉLVICA - O PAPEL DA ECOENDOSCOPIA RECTAL

Daniela Ferreira, F. Castro Poças, Paula Lago, Teresa Moreira, Isabel Pedrito

Sector de Ultra-sons, Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Porto - Hospital de Santo António

Introdução: A ecoendoscopia (EE) com ou sem punção aspirativa por agulha fina (PAAF) pode ser utilizada para fazer o diagnóstico de endometriose pélvica e/ou documentar o envolvimento da parede intestinal pela endometriose e a profundidade de infiltração da mesma.

Objectivo: Descrever a experiência de um centro no uso da EE em pacientes com suspeita de endometriose pélvica.

Métodos: Os dados das pacientes submetidas a EE por suspeita de endometriose pélvica foram retrospectivamente avaliados. Analisamos as características dos pacientes e das lesões. Sempre que possível os resultados da EE foram comparados com os achados de ressonância magnética (RMN). Nos pacientes que realizaram EE com PAAF analisamos a sua acuidade diagnóstica e o seu contributo para o diagnóstico da lesão suspeita.

Resultados: Entre 2005 e 2010, 29 pacientes foram submetidos a EE por suspeita de endometriose pélvica. Idade média dos doentes - 36 anos. Dezoito destas pacientes (69%) realizaram colonoscopia. Destas 18 pacientes, 10 apresentavam achados anormais na colonoscopia: abaulamento da parede do recto com mucosa normal (5 pacientes) e abaulamento da parede do recto com mucosa anormal (5 pacientes). Foram efectuadas biópsias endoscópicas durante a colonoscopia em 5 doentes. As biópsias foram inconclusivas em todos os casos.

Das 29 pacientes que realizaram EE por suspeita de endometriose pélvica, 10 apresentaram resultados normais e 19 achados anormais.

Das 19 pacientes com achados anormais na EE: 3 não apresentavam infiltração da parede digestiva (2 apresentavam lesões de endometriose retrovesical e 1 apresentava achados de endometriose do ovário) e 16 pacientes apresentavam lesões com envolvimento da parede rectal ou da transição recto-sigmóide. O tamanho médio das lesões foi de 24,6 mm x 13,37 mm. Duas lesões eram intrínsecas à parede rectal (muscular própria) e 14 apresentavam um componente extra-luminal com invasão da parede rectal e/ou da transição recto sigmóide. Das 14 lesões com um componente extra-luminal, 10 apresentavam invasão da camada muscular própria (tamanho médio 24,68 x 13,09 mm) e 4 apresentavam invasão da submucosa (tamanho médio de 33,4 x 17,45 mm). Cinco dessas lesões encontravam-se limitadas ao recto distal e medio, e nove encontravam-se no recto proximal e transição recto sigmóide. Em 6 pacientes foram realizadas PAAF guiadas por EE. Os resultados citológicos não permitiram afirmar o diagnóstico em nenhum dos casos. Dos doentes que realizaram simultaneamente EUS e RMN observou-se concordância entre os dois métodos de imagens no diagnóstico de todas as lesões com excepção de duas: numa paciente a EE sugeriu o diagnóstico de endometriose e RMN sugeriu tumor do estroma gastrointestinal e noutra paciente a EUS era sugestiva de endometriose ou leiomiossarcoma e RMN era sugestiva de leiomiossarcoma. O diagnóstico definitivo foi obtido em 16 dos 19 casos (4 por laparoscopia exploradora e os restantes por biópsia transvaginal).

Conclusão: A maioria das doentes a quem foi solicitada EE por suspeita de endometriose pélvica apresentava, de facto, lesões sugestivas por esta técnica de imagem, o que lhe confere um importante papel

no seu diagnóstico e localização. A maioria das lesões de endometriose apresentava um componente extra-luminal com invasão da parede rectal e da transição recto-sigmóide alcançando em profundidade a camada muscular mucosa. Observou-se concordância entre os achados por RMN e EUS na grande maioria das lesões. O diagnóstico definitivo de endometriose foi confirmado histologicamente em 84% dos casos. Nos casos em que foram realizadas PAAF guiadas por EUS as biopsias foram inconclusivas. Os casos descritos de endometriose pélvica confirmados por EUS-FNA são raros.

CO 04

RESULTADOS A LONGO TERMO DA RESSECÇÃO ILEO-CECAL NA DOENÇA DE CROHN

Catarina Graça Rodrigues¹, Leonel Ricardo¹, Sara Folgado Alberto¹, Liliana Santos¹, Alexandra Martins¹, Vítor Nunes², Vasco Geraldês², Francisco Rocha Pires², João Ramos Deus¹

1- Serviço de Gastrenterologia; 2- Serviços de Cirurgia B e C Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, Amadora

Introdução: A cirurgia na Doença de Crohn (DC) é um método eficaz para controlo da doença e permite evitar potenciais efeitos adversos da terapêutica médica. No entanto, a recorrência pós cirúrgica é quase inevitável ^(1,2). A preocupação com o Síndrome do Intestino Curto e os avanços na terapêutica médica favoreceram nos últimos anos uma abordagem mais conservadora na DC, com a cirurgia a ser reservada para a doença refractária ou complicada.

Objectivo: Avaliar os resultados a longo termo da cirurgia na DC ileo-cecal.

Material e Métodos: Foram analisados os dados dos doentes com DC ileo cecal submetidos a cirurgia. Foi determinada a recorrência clínica (doença sintomática com necessidade de corticoterapia na presença de recidiva endoscópica e/ou radiológica) e a recorrência cirúrgica (necessidade de 2ª cirurgia). Os doentes realizaram profilaxia pós-cirurgia com Messalazina e Azatioprina conforme protocolo de Leuwen. Análise estatística: método de sobrevivência Kaplan Meier, modelo de regressão de Cox.

Resultados: Foram incluídos 116 doentes, com um seguimento médio após a cirurgia de 131 meses (7-517). A probabilidade cumulativa de recorrência clínica foi 22,47% e de recorrência cirúrgica 2,02% aos 10 anos. Em análise multivariável, o sexo feminino e a idade precoce na altura da cirurgia foram as únicas variáveis independentes que se associaram a um risco aumentado de recorrência clínica.

Conclusão: Na cirurgia na DC ileo-cecal 78% dos doentes permanecem livres de corticóides e apenas 2% requerem uma 2ª cirurgia aos 10 anos. A cirurgia deverá ser considerada uma alternativa à terapêutica imunomoduladora nos doentes com DC ileo-cecal corticodependentes ou corticorresistentes.

Bibliografia:

1. Bemell O, Lapidus A, Hellers G., Risk factors for surgery and postoperative recurrence in Crohns diseases. Ann Surg 2000; 231:38-45.
2. Rutgeerts P, Geboes K, Vantrappen G, Kerremans R, Coenegrachts JL, Coremans G, Natural history of recurrent Crohns disease at the ileocolonic anastomosis after curative surgery. Gut 1984; 25:665-72.

CO 05

RESSECÇÃO DO CÓLON ESQUERDO LAPAROSCÓPICA COM EXTRACÇÃO TRANSANAL DA PEÇA CIRÚRGICA: PRIMEIROS DEZ CASOS

Carlos Costa Pereira, Cristina Martinez, Jacinta Queirós, Licínio Soares, Luís Milheiro, Susana Costa, Pedro Cunha, Joaquim Costa Pereira

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), Faculdade de Medicina do Porto (FMUP)

Introdução: Na cirurgia de ressecção do colon esquerdo por abordagem laparoscópica a extracção da peça operatória por via transanal Natural Orifice Specimen Extraction (NOSE) - evita a incisão de mini-laparotomia, condicionando um pós-operatório com menor dor, melhor recuperação, diminuindo a probabilidade de infecção da ferida operatória e de hérnias incisionais.

Objectivo: Descrição da técnica cirúrgica. Resultados imediatos dos primeiros 10 casos. Doentes e

Métodos: Consulta de base de dados prospectiva e seleccionados os doentes submetidos a ressecção NOSE. De Fevereiro a Outubro de 2011 foram operados 10 doentes, 5 homens e 5 mulheres com idades compreendidas entre 38 e 74 anos (média de 59,8). Técnica Operatória: O doente em posição de Lloyd-

Davies modificada, 4 portas de 12 mm (umbilical, quadrantes direitos, e transição dos quadrantes esquerdos), pneumoperitoneu de 12 mmHg. Mobilização laparoscópica do colon esquerdo, introdução da cabeça de máquina circular na cavidade celômica por via transanal. A exteriorização da peça por via transanal e anastomose colorectal duplo stapler.

Resultados: Foram operados 10 doentes: 8 hemicolectomias esquerdas e 2 sigmoidectomias. Tempo operatório entre 140 e 240 minutos (média 190). Todos os doentes iniciaram ingestão de líquidos no primeiro dia pós-operatório. Tempo de internamento pós-operatório entre 3 e 6 dias (média 4,6). Não ocorreu mortalidade nem houve complicações relacionadas com a técnica NOSE. Dois doentes apresentaram hemorragia na linha de anastomose e um foi readmitido com oclusão intestinal por hérnia da porta do quadrante inferior direito. Todas as ressecções oncológicas foram R0 com margens adequadas.

Conclusões: Ao evitar a minilaparotomia na ressecção esquerda do colon, a técnica de NOSE diminui a agressão cirúrgica permitindo uma rápida recuperação dos doentes. Na nossa série de 10 doentes demonstrou ser uma técnica segura sem necessidade de material especial para ser realizada.

CO 06

APENDICECTOMIA

Tatiana Santos, Cristina Martinez, Jacinta Queirós, Licínio Soares, Luís Milheiro, Susana Costa, Pedro Cunha, Joaquim Costa Pereira

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), Faculdade de Medicina do Porto

Introdução: A apendicectomia é das cirurgias mais frequentes no contexto de urgência, podendo ser realizada por via aberta ou abordagem laparoscópica. Avaliam-se os resultados imediatos da cirurgia de apendicite aguda por via laparoscópica (LAP) ou aberta (AB) numa série de doentes consecutivos.

Materiais e Métodos: Análise em base de dados prospectiva das apendicectomias efectuadas em doentes com diagnóstico de apendicite aguda entre Janeiro de 2009 e Outubro 2011 pela Unidade Colorrectal do CHTS. Foram intervencionados 149 doentes, 79 dos doentes por LAP. A distribuição por idade, género e classificação ASA é idêntica em ambos grupos.

Resultados: A percentagem de LAP aumentou ao longo do período estudado (32,3% - 2009, 62,00% - 2010 e 79,4% - 2011). O tempo de internamento foi inferior na LAP embora só tenha significado estatístico no último ano. Apendicite aguda complicada (pús livre ou abscesso apendicular) foi causa de cirurgia em 51,67% dos doentes (77 doentes), destes, 54,43% operados por LAP (43), 48,57% por AB (34). Em 15 doentes houve complicação séptica, 6 abscessos intraabdominais, 9 infecções da ferida operatória e num doente uma evisceração. Os doentes sujeitos a LAP não apresentaram infecção da ferida operatória, dos abscessos, 5 foram em doentes sujeitos a LAP. No grupo LAP as complicações sépticas estão directamente relacionadas com a gravidade da apendicite aguda o que não acontece no grupo AB.

Conclusões: Observamos um predomínio da LAP ao longo dos três anos em estudo, assim como uma diminuição do tempo pós-operatório. A LAP tem menor incidência de infecção da parede abdominal e maior número de abscessos intra-abdominais. As complicações sépticas de AB parecem derivar da técnica utilizada e não da gravidade da apendicite aguda.

CO 07

NUTRIÇÃO PARENTÉRICA DOMICILIÁRIA - 17 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Rocha A, Ramalhão AM

Unidade Digestiva do Serviço de Cirurgia Geral do Departamento de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital Santo António, E.P.E.

Introdução: A Nutrição Parentérica Domiciliária (NPD) continua a ser a terapêutica de eleição na Insuficiência Intestinal Crónica (IIC).

Objectivos: Apresentar os resultados (pioneiros em Portugal) obtidos com doentes sob NPD de longa duração, autónomos.

Material e Métodos: Desde 1994 tiveram alta oito doentes em NPD, dois homens e seis mulheres entre

os 33 e os 53 anos, todos autónomos em termos técnicos. A IIC deveu-se a isquemia intestinal em cinco, enterite r dica em duas e trombose do território da veia Porta no restante doente. Um doente está em NP em semi-ambulatório por Hipoglanglionismo Intestinal. O Hospital fornece os medicamentos e material necessários.

Resultados: Três doentes faleceram após 5, 1 e 2 anos, os primeiros por infecção do cateter venoso central (CVC) e o último pela evolução da sua patologia. Os restantes estão em NPD há 15, 9, 4, 2 e 1 anos e todos fazem a NP cíclica noturna e todos têm dieta culinária sem restrições. São apresentadas as complicações do CVC, metabólicas e da patologia de base, bem como os reinternamentos dos oito doentes. A qualidade de vida dos doentes vivos (quatro consideram-na boa e uma má pelas complicações da doença e base) e dos falecidos (m  em dois pela sua patologia e razoável numa). O doente em semi-ambulatório s  tolera tem uma qualidade de vida m .

Conclusões: A NPD   possível em Portugal, exige um elevado grau de investimento no ensino dos doentes e   necessário que os custos sejam assumidos pelo hospital. As complicações do CVC são a principal causa de morte e a qualidade de vida é altamente influenciada pela patologia de base e pela autonomia completa do doente.

CO 08

RESSECÇÃO C CICA ELECTIVA POR DOENÇA DIVERTICULAR REVISÃO DE 10 ANOS

Marta Sousa, António Gomes, Rita Tomás, Raquel Abreu, Nuno Pignatelli, Vitor Nunes

Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, E.P.E.

Introdução: O *timing* para a ressecção c cica electiva na doença diverticular é um tema em constante debate ao longo da história. Classicamente estão bem definidas as indicações, com base no número de episódios em função do tempo e gravidade. Estes paradigmas clássicos são cada vez mais questionados, dando-se preferência actualmente a um tratamento multidisciplinar individualizado num compromisso entre o médico e o doente.

Metodologia: Estudo observacional, analítico, longitudinal com colheita retrospectiva de dados. Foram estudados os doentes submetidos a cirurgia electiva por doença diverticular no Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca E.P.E. no período entre Janeiro de 2000 e Junho de 2010.

Resultados: Foram estudados 57 doentes, 22 do sexo feminino, idade média = $53,3 \pm 1,9$ anos. Correspondem a 16,3 % dos internamentos por diverticulite aguda no mesmo período. O número de episódios de diverticulite aguda prévios à cirurgia variaram entre 1 a 5 (m dia = 2,1). Todos estes episódios foram classificados como Hinchey I, Hinchey II ou hemorragia diverticular. O número médio de episódios/ano foi de 1,8. Apenas em 4 doentes se verificou um agravamento clínico nos episódios subsequentes (3 de Hinchey I para Hinchey II; 1 com desenvolvimento de fístula rectovaginal).rn Foram realizadas 40 sigmoidectomias e 16 hemicolectomias esquerdas. A via laparoscópica (VL) foi utilizada em 23 doentes. O número de dias de internamento foi de 6,1 dias [3 -17]; $6,7 \pm 0,47$ dias no grupo da laparotomia, $4,9 \pm 0,36$ no grupo VL (Ttest = 2,73; df = 48; p0,05). Follow up médio de 31,74 meses [1-120 meses]. 94,7% mant m-se assintomáticos ou com discretas alterações do transito intestinal baixo.

Discussão: A opção pela ressecção c cica electiva por doença diverticular nem sempre seguiu o paradigma tradicional do número de episódios em função do tempo. Não se verificaram diferenças nem na extensão da doença diverticular, nem no número de episódios pós-cirurgia entre os doentes submetidos a sigmoidectomia vs hemicolectomia esquerda. A via laparoscópica assume-se como uma alternativa segura com base na experiência do cirurg o, com menor estadia intra-hospitalar.

CO 09

SÍNDROMA DE INTESTINO IRRITÁVEL – O VALOR DA COLONOSCOPIA

Joana Carvalheiro, Rosa Ferreira, Maria João Pereira, Alexandra Fernandes, Sofia Mendes, Margarida Ferreira, Cláudia Agostinho, Zita Romão, Rui Mesquita

Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E.

Introdução: Actualmente, os critérios de Roma III permitem, na ausência de sintomas/ sinais de alarme, o diagnóstico de Síndrome do Intestino Irritável (SII), pelo que a colonoscopia tem sido reservada para os doentes com mais de 50 anos para rastreio de cancro colo-rectal.

Objectivos: 1) Avaliar os achados da colonoscopia em doentes com SII; 2) Verificar se estes achados motivaram alteração da conduta clínica.

Material e Métodos: Incluídos consecutivamente 45 doentes com SII (critérios de Rome III, sem sinais/sintomas de alarme), que realizaram colonoscopia. Constituídos 2 grupos: Grupo A: idade ≥ 50 anos (n=33); Grupo B: idade < 50 anos (n=12).

Resultados: 45 doentes, 75,6% mulheres, idade média $56,3 \pm 17,6$. Tipo de SII: obstipação – 45,6%; diarreia – 22,2%; padrão misto – 32,1%. Colonoscopia: total 80,4%; esquerda 19,6%. Achados endoscópicos e a correlação histológica:

Grupo A (n=33)				Grupo B (n=12)			
Colonoscopia	n	Histologia	n	Colonoscopia	n	Histologia	n
Diverticulose	8	-		Áftas	1	Colite inespecífica	1
Pólipos	7	Adenomatosos	5	Pápula	1	Colite inespecífica	1
		Hiperplásico	1	Pólipo	1	Inflamatório	1
		Inflamatório	1				
Colite diverticular	1	Colite inespecífica	1				
Erosões válvula cecal	1	Inflamação inespecífica	1				
Exame normal	16	Colite colagenosa	1	Exame normal	9		

Conclusão: Nesta amostra 44,4% (20/45) dos casos apresentam alterações na colonoscopia, sendo estas mais prevalentes no grupo etário ≥ 50 anos (grupo A 51,5% vs grupo B 25%), tal como seria expectável. Embora se verificassem alterações endoscópicas em 25% dos doentes com menos de 50 anos, a sua correlação histológica não condicionou uma conduta terapêutica específica.

CO 10

QUE IMPLICAÇÕES TEM A RESPOSTA À RADIOQUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE NOS TUMORES DO RECTO?

Sandra Carlos, Andreia Fonseca, António Folgado, João Gíria

Hospital Garcia da Orta

Resumo: A terapêutica dos tumores do recto permanece uma área controversa dada a frequência de respostas completas à radioquimioterapia neoadjuvante. São objectivos deste trabalho a caracterização da amostra, a avaliação da resposta tumoral e a avaliação da ocorrência de complicações cirúrgicas. Foi ainda estudada a influência do intervalo para a cirurgia na resposta tumoral e nas complicações.

Foram incluídos na análise estatística 76 doentes. Procedeu-se à caracterização e à determinação da frequência de respostas patológicas completas, *downstaging* e ausência de resposta. Avaliou-se a ocorrência de complicações cirúrgicas nos doentes com resposta completa. Estudou-se a existência de associação entre a duração do intervalo para a cirurgia e a frequência de respostas completas, *downstaging* e complicações cirúrgicas.

Houve *downstaging* tumoral em 61.8% dos doentes, os restantes não responderam à terapêutica. 21.1% dos doentes tiveram uma resposta patológica completa e 31.3% destes indivíduos tiveram complicações. Não se encontrou qualquer associação entre um maior intervalo para a cirurgia e as variáveis: resposta completa, *downstaging* e complicações cirúrgicas.

Para que se possa alterar a abordagem terapêutica destes doentes são necessários mais estudos que nos permitam determinar com segurança quais os indivíduos que potencialmente responderão à radio-
quimioterapia neoadjuvante.

CO 11 DOENÇA DIVERTICULAR – CASUÍSTICA DE UM SERVIÇO DE CIRURGIA GERAL

Gabriel Oliveira, Mário Rodrigues, Ana Fazenda, Paulo Vasconcelos, Daniel Travancinha, José Carlos
Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Garcia de Orta

Introdução: O amplo espectro de manifestações clínicas e o constatar do aumento da incidência da doença diverticular, tem vindo a revelar desafios na abordagem terapêutica. O presente trabalho pretende caracterizar os internamentos em Cirurgia Geral, por doença diverticular, no Hospital Garcia de Orta.

Métodos: Foi elaborado um estudo retrospectivo dos internamentos por patologia diverticular no período entre Janeiro de 2008 e Dezembro de 2010. A identificação dos doentes fez-se através dos diagnósticos CID-9 para patologia diverticular. Recorrendo ao Sistema de Apoio ao Médico (SAM), recolheu-se informação relativa à duração do internamento, gravidade da doença, terapêutica instituída e cirurgia realizada.

Resultados: Foram internados 195 doentes por doença diverticular, dos quais 88% por diverticulite. Não houve diferenças na distribuição por sexo. A média de idades foi 58,7 anos. Cerca de 90% foram internados em contexto de urgência, dos quais 62% foram classificados como Hinchey 1a, cerca de 16% como Hinchey 0 e 13% como Hinchey 1b. As complicações mais frequentes foram as formas oclusivas (5,7%) e a hemorragia (1,1%). A presença de fístula foi documentada em 2,3%. Foram tratados conservadoramente 86%, operados 11% e 3% por técnicas minimamente invasivas.

Discussão: Os resultados estabelecem um paralelo com a literatura. A abordagem minimamente invasiva é uma opção cada vez mais utilizada. Cerca de 16% dos internamentos poderiam ter sido evitados, mas são necessários mais dados para avaliar essa possibilidade.

CO 12 HEMORROIDOPEXIA SEGUNDO TÉCNICA DE LONGO – A EXPERIÊNCIA NO CHEDV

Tiago Castro, Jorge Costa, Ivo Carvalho, Maria Rosa Sousa, Américo Dias Pereira
Centro Hospitalar Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Introdução: A técnica de Longo consiste na realização de uma mucosectomia rectal circunferencial, com um "stapler" circular, cuja função é restaurar a normal anatomia do canal anal.

Objectivo: Descrever a experiência do Serviço de Cirurgia Geral do CHEDV no tratamento da patologia hemorroidária pela técnica de Longo.

Método: Revisão de processos clínicos dos doentes submetidos a hemorroidopexia pela técnica de Longo no CHEDV desde 1/01/2000 a 31/10/2011. Foram avaliados parâmetros como sexo, idade, sintomatologia, complicações precoces e tardias, recidivas e o tratamento das complicações.

Resultados: A nossa amostra foi constituída por 753 doentes (398 mulheres e 355 homens). Os sintomas mais vezes referidos foram a rectorragia e o prolapso hemorroidário. As complicações mais frequentes no pós-operatório precoce foram as rectorragias (9,9%) e no pós-operatório tardio as mariscas residuais (5,3%) e a recidiva (7,9%).

Conclusão: Os resultados observados são sobreponíveis aos encontrados na literatura. De notar que o procedimento foi particularmente bem tolerado e que as taxas de complicações foram satisfatórias.

CO 13

CIRURGIA LAPAROSCÓPICA NA DOENÇA DE CROHN: ANÁLISE DE RESULTADOS EM 78 DOENTES

Mónica Sampaio, Marisa Santos, Anabela Rocha

Unidade de Cirurgia Digestiva do Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António

Introdução: A abordagem laparoscópica na Doença de Crohn (DC) tem benefícios comprovados na Ressecção Ileocecal (RIC) sem procedimentos associados.

Material e Métodos: De 1999 a Outubro de 2011 foram operados 84 doentes com DC por via laparoscópica, com uma taxa de conversão de 7,1%. Os doentes foram registados prospectivamente para análise de resultados. A análise estatística foi feita com o SPSS 20.0.

Resultados: Foram operados 78 doentes por via laparoscópica por DC com a idade média de 37 anos e a relação H:M de 1:3,3.

A DC era ileal em 72 doentes (92%) e cólica nos outros 6.

A cirurgia efectuada foi RIC (associada ou não a outros procedimentos) em 59 doentes (75,6%), Ressecção Ileocólica em 6 (7,7%), Colectomia e/ou Proctectomia em 7 (9,0%) e outras cirurgias nos restantes.

O tempo operatório (T.Op) global foi de 194' e o tempo de internamento pós-operatório (T.Int) foi de 7 dias.

Das 59 RIC, em 40 (68%) esse foi o único procedimento (RIC-) e noutras 19 houve mais procedimentos (RIC+): mais um em 10 e múltiplos em 9.

O T.Op médio das RIC – foi de 168' e o das RIC+ foi de 249' ($p=0,000$).

O T.Int médio foi de 6,1 dias nas RIC- e de 7,5 dias das RIC+ ($p=0,081$). O T.Int nas RIC+ com múltiplos procedimentos foi de mais 2,5 dias que o das RIC- ($p=0,038$).

A morbilidade global foi de 15,4% (major 1,3%). Não houve diferenças significativas entre a morbilidade das RIC- e a das RIC+. Não houve mortalidade.

Conclusões:

1ª - A DC ileal foi a mais frequentemente operada (92%).

2ª - As RIC sem procedimentos associados tiveram:

- T.Op médio significativamente menor (168' versus 249');
- T.Int médio não significativamente inferior (6,1 versus 7,5 dias) excepto quando comparado com a RIC com vários procedimentos.

CO 14

TERAPÊUTICA CIRÚRGICA VS ENDOSCÓPICA DOS TUMORES DO CÓLON EM OCLUSÃO. RESULTADOS NO TRATAMENTO COM INTENÇÃO PALIATIVA E CURATIVA

Sandra Carlos, Rui Loureiro, Pedro Pinto Marques, Catarina Góis, Javier Mulet, Luís Galindo, António Folgado, João Corte Real

Hospital Garcia de Orta

Resumo: Os tumores do cólon apresentam-se em oclusão em 20% dos casos, 20% dos quais com evidência de metastização à distância. Desde 1990, a colocação de próteses expansíveis por via endoscópica tem permitido a palição dos estadios avançados e a desobstrução com ponte para a cirurgia em doentes selecionados, evitando as complicações inerentes à cirurgia nos doentes com doença avançada e a criação de estomas.

Os autores apresentam a experiência do Hospital Garcia de Orta na abordagem dos doentes com tumores do cólon em oclusão.

Consiste num estudo retrospectivo e observacional, no período de 2004 a 2010 que inclui todos os doentes admitidos com tumor do cólon em oclusão.

Os doentes foram divididos em 2 grupos consoante o estadio da doença: Grupo A - doença avançada; Grupo B doença localizada. Foram então sub-divididos consoante a abordagem inicial tenha sido cirúrgica

gica ou endoscópica e foram analisadas as seguintes variáveis: sucesso do procedimento, tempo de internamento, taxa de criação de estoma e taxa de mortalidade associada ao procedimento. Este estudo demonstra clara vantagem na abordagem endoscópica dos doentes com indicação para tratamento paliativo, uma vez, que apresenta uma elevada taxa de sucesso na desobstrução cólica com uma menor taxa de mortalidade associada ao procedimento. Para além disso, nos doentes com intenção curativa a abordagem endoscópica como ponte para o procedimento cirúrgico apresentou uma elevada taxa de sucesso, com uma diminuição franca da taxa de criação de estomas.

CD 15
A COLOCAÇÃO DE PRÓTESES AUTO-EXPANSÍVEIS NA OCLUSÃO INTESTINAL POR OBSTRUÇÃO NO CÔLON E RECTO
Frederica Casanova-Gonçalves, Marisa Aral, Francisco Monteiro, Elisabete Barbosa, Luís Malheiro, Pedro Correia do Silva, José Costa-Maia
 Unidade de Cirurgia Colo-Rectal do Serviço de Cirurgia Geral do Hospital de S. João. Porto

Introdução: As próteses mecânicas auto-expansíveis para desobstrução do cólon ou recto podem ser usadas como tratamento definitivo ou como ponte para cirurgia electiva e têm vindo a ser utilizadas cada vez mais frequentemente.

Objectivos: Avaliação clínica retrospectiva dos resultados dos doentes submetidos a este procedimento.

Material e Métodos: Estudo transversal de doentes que colocaram prótese auto-expansível do cólon e recto no Hospital de São João desde Janeiro de 2007 até Maio de 2011. Os dados foram obtidos através da consulta dos processos clínicos dos doentes.

Resultados: 34 doentes, com idade média de 76,3 (55-95) anos foram submetidos a próteses do cólon e recto; 18 (53%) eram do sexo masculino. A intervenção teve como objectivo tratamento paliativo em 26 (76%) dos casos e foi realizada como ponte para cirurgia electiva nos restantes 8 (24%). Em apenas um caso a causa obstrutiva foi benigna (Diverticulose do Sigmoides). Registaram-se 4 complicações (11,2%) a necessitarem de correcção por cirurgia urgente, tendo sido devidas a perfuração (3 casos) ou migração (1 caso).

Discussão/Conclusão: A prótese auto-expansível do cólon e recto é um procedimento eficaz e seguro na maioria dos quadros oclusivos por Carcinoma Colo-rectal, permitindo adiar a cirurgia (com ou sem tratamento neoadjuvante) e melhorando a qualidade de vida em doentes com doença neoplásica avançada como tratamento paliativo.

CD 16
A FÍSTULA ANASTOMÓTICA APÓS RESSECÇÃO ANTERIOR COMPROMETE OS RESULTADOS ONCOLÓGICOS?
Marco Serodio, Júlio S. Leite, Sheila Martins, António Manso, F. Castro-Sousa
 Serviço de Cirurgia A, Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: A ocorrência de fístula anastomótica constitui uma das causas mais importantes de morbilidade na cirurgia do cancro do recto. O objectivo do estudo consistiu em analisar se esta complicação afecta a recidiva local e a sobrevivência destes doentes.

Métodos: Entre 1990 e 2010 analisaram-se 216 doentes submetidos a ressecção curativa (R0 e R1) do recto num serviço de cirurgia. No conjunto de 175 doentes submetidos a RA ocorreram fístulas anastomóticas em 10,3% dos doentes. Comparou-se a recidiva local e a sobrevivência sem doença (Kaplan-Meier) nos grupos com e sem fístula anastomótica.

Resultados: No grupo de doentes com fístula a taxa de recidiva local actuarial aos 3 anos foi de 12,3%, valor inferior ao dos que não tiveram fístula (6,8%), diferenças que contudo não têm significado estatístico. Também não existiram diferenças significativas nas curvas de sobrevivência sem doença, sendo

aos 5 anos de 76,3% no grupo com fístula e de 75,1% no grupo sem fístula.

Conclusão: Os resultados da presente série sugerem parecer existir tendência para maior probabilidade de recidiva local nos pacientes com fístula anastomótica, sem rebote na sobrevivência à distância.

CO 17

OS RESULTADOS ONCOLÓGICOS DA AMPUTAÇÃO ABDÓMINO-PERINEAL CONVENCIONAL SÃO PIORES DO QUE OS DA RESSECÇÃO ANTERIOR?

António Manso, Júlio S. Leite, Sheila Martins, Marco Serodio, Juliana Oliveira, F. Castro-Sousa

Serviço de Cirurgia A, Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Tem sido associada à amputação abdómino-perineal (AAP) convencional uma maior taxa de ressecções com a margem lateral invadida e piores resultados oncológicos. No presente estudo avaliou-se essa hipótese através da análise desses factores na casuística dum serviço de cirurgia.

Métodos: Entre 1990 e 2010 analisaram-se 216 doentes submetidos a ressecção curativa (R0 e R1) do recto: 31 (14,4%) com AAP e 185 com ressecção anterior (RA). Comparam-se nestes dois grupos a margem de ressecção lateral, a recidiva local e a sobrevivência sem doença (Kaplan-Meier).

Resultados: No grupo com AAP a margem lateral estava invadida ($< 1\text{mm}$) em 54,8% dos casos, valor mais elevado que o do grupo RA, com 20,4% ($P < 0,001$). A taxa de recidiva local actuarial aos 3 anos foi de 11,6% na AAP e de 9,2% na RA (ns). A sobrevivência sem doença aos 5 anos foi de 50,8% na AAP e de 73,7% na RA ($P < 0,002$).

Conclusão: Os resultados deste estudo sugerem que a AAP convencional associa-se a maior probabilidade de invasão da margem circunferencial e a pior sobrevivência sem doença.

CO 18

AMPUTAÇÃO ABDOMINOPERINEAL EM POSIÇÃO VENTRAL: FUNDAMENTOS ANÁTOMO-PATOLÓGICOS

Júlio S. Leite, Mónica Martins, Alexandre Monteiro, António Milheiro, Marco Seródio, Filipa Santos, Miguel Fernandes, F. Castro Sousa

Serviço de Cirurgia A, Hospitais da Universidade de Coimbra

Introdução: Os tumores rectais justa-anais são de difícil acesso cirúrgico e têm geralmente pior prognóstico. Para se tentar contornar este problema efectuou-se a amputação abdómino-perineal com abordagem perineal em posição ventral e analisaram-se os planos de dissecação anatómicos e as peças operatórias obtidas.

Métodos: Analisaram-se os planos anatómicos pélvicos após a ressecção cirúrgica em posição ventral e das peças operatórias em quatro casos (3 homens e uma mulher) submetidos a radioterapia pré-operatória: três por adenocarcinoma localmente avançado e noutro por espinhocelular ano-rectal.

Resultados: Destaque para a boa visualização da bexiga, próstata, vesículas seminais, troncos nervosos látero-prostáticos e corpo perineal. As peças de ressecção apresentaram aspecto cilíndrico, sem invasão da margem lateral e com visualização do elevador do ânus, confirmando-se que a amputação foi efectuada no plano extra-elevador. Num caso efectuou-se também prostatectomia parcial e excisão de vesícula seminal. Houve dificuldades técnicas num caso com neoplasia volumosa. Efectuou-se em todos os casos o encerramento parietal sem necessidade de retalhos cutâneos e o espaço pélvico residual foi preenchido com grande epiploon.

Conclusões: Os resultados preliminares deste estudo parecem confirmar que a abordagem em posição ventral permite uma excisão tumoral mais radical, destacando-se a necessidade de ser revisitada a anatomia pélvica nesta posição.

CO 19

PATOLOGIA DO CÓLON ABORDADO POR LAPAROSCOPIA – 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Setúlio Rua, Diogo Sousa, Alda Pinto e Carlos Sousa - Hospital do Litoral Alentejano

Resumo: Apresentamos 142 casos de doentes com patologia do cólon, 42% do sexo feminino, 58% sexo masculino, IMC>30% em 22% dos casos, ASA>III em 54%, com rectorragia em 36% dos doentes, 70% com patologia maligna e 30% com patologia benigna. Taxa de conversão de 9.8%, com morbilidade precoce de 21% e mortalidade total de 3%.

CO 20

PATOLOGIA DO RECTO ABORDADO POR LAPAROSCOPIA – 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Setúlio Rua, Diogo Sousa, Alda Pinto e Carlos Sousa - Hospital do Litoral Alentejano

Resumo: Apresentamos 59 casos de doentes com patologia do recto, 20% do sexo feminino, 80% sexo masculino, IMC>30% em 21% dos casos, ASA>III em 58%, com rectorragia em 97% dos doentes. Morbilidade de 20%, Taxa de conversão de 14%, com mortalidade global de 14%.

P 01

A ECOGRAFIA ENDOLUMINAL NA AVALIAÇÃO DA SEPSIS PERIANAL NA DOENÇA DE CROHN

Ana Formiga, Jaime Ramos, Elisabete Alves, Luís Vieira

Hospital dos Capuchos

Introdução: A doença de Crohn com manifestação perianal, coloca-nos perante situações de avaliação e decisão terapêutica complicadas. É difícil distinguir entre processo inflamatório próprio da doença e processo inflamatório de lesão abcedada, e a proximidade dos esfíncteres condiciona a terapêutica.

Material, Métodos e Resultados: A propósito de 3 casos clínicos, mostramos os achados ecográficos, fazendo correlação com a clínica e com os dados da endoscopia e da RM.

A ecografia endoluminal foi executada por um cirurgião com experiência na técnica, utilizando uma sonda radial endoluminal, com documentação em simultâneo com fotos e cliques de vídeo.

Foi feita a avaliação durante o exame, e depois também a análise da gravação vídeo, e em um dos casos tivemos a possibilidade de efectuar estudo 3D.

Em dois doentes procedeu-se a sedação para realização do exame, atendendo a proctalgia intensa.

A sedação permitiu a realização do exame mesmo nos casos de proctalgia.

A recolha em vídeo permitiu encurtar a execução do exame e fazer posteriormente uma análise mais minuciosa e pormenorizada das lesões com reconstrução espacial mental, no caso da ecografia 2D.

A ecografia mostrou:

- 1- As lesões parietais provocadas pelo processo infiltrativo inflamatório da doença de Crohn, a nível do recto e canal anal, com correspondência com os achados endoscópicos.
- 2- O orifício interno das fístulas, e sua localização.
- 3- Os trajectos e abcessos a nível do canal anal, e sua relação com os esfíncteres, com boa correlação com a RM.

Discussão: Da revisão da literatura constata-se que a RM pélvica continua a ser o *gold standard* na avaliação das fístulas peri-anais complexas, se efectuada por imagiologistas experientes e com a técnica adequada. Além disso permite avaliar lesões mais altas, já não acessíveis à ecografia.

No entanto, a nível do canal anal, a ecografia endoluminal, também se efectuada por alguém experiente e com a tecnologia adequada, nomeadamente com a análise 3D, dá uma boa informação, tendo ainda a vantagem de ser portátil e poder utilizar-se no bloco operatório, para tratamento dos abcessos sob controle ecográfico.

A ecografia permite distinguir entre o processo inflamatório infiltrativo da doença de Crohn e os abcessos com indicação para drenagem, e avalia também os esfíncteres, condicionando a técnica cirúrgica.

Conclusões: A ecografia endoluminal executada por pessoas experientes e usando tecnologia adequada é um exame importante na avaliação e tratamento da sépsis perianal nos doentes com Crohn.

P 02

HÉRNIA TRANSMESOSIGMÓIDE – CAUSA RARA DE OCLUSÃO INTESTINAL

Gabriel Oliveira, Ana Fazenda, Maria Salomé Silva, Pedro Castro, Paulo Vasconcelos, Daniel Travancinha, José Carlos

Serviço de Cirurgia Geral do Hospital Garcia de Orta

Resumo: A hérnia interna raramente causa oclusão intestinal sendo responsável por 0,5% a 5,8% das oclusões de delgado. Podem ser congénitas ou adquiridas. A sua distribuição é de 53% paraduodenais, 13% paracecais e as restantes distribuem-se por transmesentéricas, transmesocólicas, mesosigmóides, pélvicas e transepiplóicas. Podem manter-se assintomáticas ou, quando complicadas, o seu quadro ser típico de oclusão intestinal.

Os autores descrevem um caso clínico de hérnia transmesosigmóide estrangulada, com necessidade de ressecção *major* de intestino delgado e ressecção segmentar de cólon sigmóide com colostomia terminal.

P 03

REGRESSÃO PATOLÓGICA COMPLETA DE ADENOCARCINOMA DO RECTO (T4) APÓS QUIMIOTERAPIA PÉLVICA – CASO CLÍNICO

Raquel Correia, Cláudia Paiva, Mário Marcos, Marisa Santos, Carlos Nogueira

Serviço de Cirurgia Geral do Departamento de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António, E.P.E. Porto

Introdução: A quimiorradioterapia (QRT) neoadjuvante seguida de cirurgia, no tratamento do adenocarcinoma do recto localmente avançado, permite um melhor controlo local da doença. Em situações seleccionadas, o “downstaging” da neoplasia pela QRT neoadjuvante pode contribuir para a obtenção de uma cirurgia R0 e desta forma reduzir a recidiva locoregional da doença.

Caso Clínico: Homem, 61 anos com neoplasia do recto médio localmente avançada (T4N1M0). A forma de apresentação inicial da doença associou-se a um abscesso pélvico para-rectal, que obrigou à realização de uma colostomia terminal do sigmóide e a drenagem endo-rectal do abscesso antes de iniciar QRT neoadjuvante. Resolvido o quadro agudo, o doente fez o ciclo completo de QRT neoadjuvante. Na reavaliação radiológica verificou-se regressão da lesão tumoral. Oito semanas após término da RT o doente foi submetido a ressecção anterior do recto ultra-baixa (com excisão total do mesorecto) com colostomia terminal do transversos de protecção à anastomose colo-anal. Cirurgia e pós-operatório decorreram sem intercorrências. Histologia da peça operatória: sem neoplasia residual viável (ypT0 N0 M0 R0). Realizou QT adjuvante (4 meses), com boa tolerância. Reconstruído trânsito cólico ao 15º mês pós-operatório. Vivo e sem evidência de recidiva locoregional ou à distância 2 anos após cirurgia de intenção curativa.

Conclusões: As características iniciais clínicas e histológicas do carcinoma do recto localmente avançado, não são factores preditivos da resposta da neoplasia ao tratamento com QRT neoadjuvante. Esta resposta quando presente, e em particular se levar a um estadio 0, para além de facilitar a cirurgia poderá estar associado a melhor prognóstico.

P 04

NEOFORMAÇÃO DO CÓLON ASCENDENTE EM DOENTE VIH POSITIVO

Ricardo Küttner Magalhães, Isabel Pedroto, Marta Salgado, Irene Leal, Sollari Allegro

Serviço de Gastrenterologia e de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António, E.P.E. Porto

Resumo/Introdução: Doentes infectados com o Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) têm um risco aumentado de desenvolver neoplasias, das quais 10% correspondem a Linfomas não Hodgkin (LNH).

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 46 anos, actualmente com SIDA estadio C3.

Recorreu ao SU por quadro de dor abdominal na fossa ilíaca direita, dejeções diarreicas (4-5/dia), com sangue, perda ponderal (7 Kg), astenia e anorexia com 3 meses de evolução. Referia febre vespertina nos últimos 5 dias. Sem adenopatias palpáveis e com massa na fossa ilíaca direita, dolorosa à palpação. Apresentava neutrofilia relativa e elevação de PCR (133mg/L). IgG para CMV e EBV positivas, com IgM negativas. A Ecografia e a Tomografia Computorizada abdominais demonstravam espessamento do íleon terminal e parte do cólon direito, com realce parietal anómalo e densificação da gordura peridigestiva. Em ambos os exames o diagnóstico sugerido era tuberculose e com menor probabilidade linfoma. Realizou colonoscopia observando-se no ascendente proximal, envolvendo o cego e a válvula ileocecal, neofor-mação ulcerada. Realizadas biópsias, cuja histologia revelou LNH B difuso de grandes células. Tratava-se de um estadio IIE/B com DHL normal, tendo iniciado quimioterapia com ciclofosfamida, adriamicina, vincristina, prednisolona.

Discussão: O tracto gastrointestinal constitui a localização extra ganglionar mais frequente dos LNH, associados ao VIH. Estes linfomas são eventos tardios durante a infecção VIH, tendo como factores de risco: baixa contagem de linfócitos CD4+, carga viral elevada, idade avançada, infecção EBV e presença de condições definidoras de SIDA. Salienta-se a importância de equacionar este diagnóstico em doentes VIH positivo.

P 05

CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA MASSIVA

Ricardo Küttner Magalhães, Isabel Pedroto, António Canha, Paulo Soares, Vítor Simões, Sollari Allegro

Serviço de Gastreenterologia, de Cirurgia Geral e de Anatomia Patológica do Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António, E.P.E. Porto

Resumo/Introdução: Apenas 5% das hemorragias digestivas baixas (HDB) têm origem no intestino delgado. Os tumores do estroma gastrointestinal (GIST) são causa rara de HDB aguda, sendo tipicamente assintomáticos.

Caso Clínico: Doente do sexo feminino, 54 anos. Sem comorbilidades ou medicação habitual. Relatou um episódio de náuseas e vômito alimentar pós prandial e uma dejeção volumosa de fezes negras naquele dia. À admissão hospitalar constatadas fezes envoltas em sangue vivo seguida de dejeções de sangue vivo, mantendo-se hemodinamicamente estável. Sem anemia ou outras alterações analíticas. Realizou colonoscopia que evidenciou sangue vivo e coágulos em toda a extensão percorrida, mais abundantes no cólon ascendente e sangue vivo refluindo do íleon distal. Efectuou EDA, seguida de enteroscopia com colonoscópio tendo-se detectado abundante sangue vivo e coágulos desde o bolbo duodenal até D4. Por instabilidade hemodinâmica e elevado débito hemorrágico procedeu-se a intubação orotraqueal. Decidida laparotomia exploradora constatando-se ansas preenchidas por sangue e neofor-mação exofítica transmural, com expressão na serosa, com 28 mm, a nível do ângulo de Treitz. Realizada enterectomia segmentar com anastomose latero-lateral, sem intercorrências. A histologia revelou tumor do estroma gastrointestinal (GIST) com baixo potencial maligno. Internamento prolongado por pneumomia de aspiração, sem complicações cirúrgicas, tendo tido alta ao 9º dia.

Discussão: Relata-se um caso de HDB de etiologia rara, que evoluiu rapidamente de baixo para alto risco, motivando realização de enteroscopia e laparotomia urgente, para além da colonoscopia inicial. A cirurgia revelou-se diagnóstica e terapêutica.

P 06

CONSULTA DE SÍNDROMAS POLIPÓIDES INTESTINAIS (SPI): A EXPERIÊNCIA DE UM ANO

Pereira MJ, Romão Z, Ferreira M, Ferreira R, Carvalheiro J, Fernandes A, Torres J, Mendes S, Agostinho C, Panão E, Campos MJ, Mesquita R

Serviço de Gastreenterologia, Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. – HG

Introdução: Os adenomas colo-rectais estão associados a risco aumentado de Cancro Colo--Rectal (CCR). A Consulta SPI foi desenvolvida com o intuito de estratificação do risco, vigilância e tratamento.

Objectivos: Descrever a experiência dos autores durante um ano de Consulta de SPI.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo dos doentes referenciados à consulta de SPI de 01/01/2009 a 01/01/2010. Analisados dados epidemiológicos e clínicos: idade, sexo, co-morbilidades, motivo da consulta, história familiar, tipo e número de pólipos, local anatómico, histologia e orientação.

Resultados: Observados 134 doentes, 81 (60,4%) sexo masculino. Idade média 58 anos (22-85). Comorbilidades: HTA (29,8%), Dislipidémia (16,4%), Diabetes (11,2%). História familiar de CCR>50anos: 62 (46,3%), CCR<50anos: 16 (11,9%), pólipos: 21 (21,6%). A maioria referenciada pelo Médico de Família (74,6%) e os motivos da consulta foram: pólipos (66,5%), história familiar de CCR (27,5%) e CCR (6%). Os motivos para realização de colonoscopia foram: rectorragias (28,3%), dor abdominal (15,7%) e alterações do trânsito intestinal (14,2%). Em 21,6% (29) dos doentes não se encontraram lesões, 27,6% (37) 1 pólipo, 39,5% (53) 2-9 pólipos e 11,2% (15) ≥ 10 pólipos. Localizações mais frequentes: cólon esquerdo: 59,3% (86), recto: 18,6% (27), cólon direito: 17,3% (25). 65 apresentaram pólipos sésseis (53,3%) e 57 pediculados (46,7%). Em 73,8% os pólipos mediam < 1 cm e 26,2% > 1 cm. Histologia: adenoma: 78, hiperplásico: 40, inflamatório: 5, adenocarcinoma: 2, misto: 1 e juvenil: 1. Adenomas: tubular: 58, tubuloviloso: 20, serreado: 5 e viloso: 0. Destes apresentaram displasia de baixo grau: 60, alto grau: 12, baixo grau com foco de displasia de alto grau: 9 e alto grau com Carcinoma intraepitelial: 1. Diagnósticos efectuados: Pólipos esporádicos: 99, Polipose hiperplásica: 3, Suspeita de PAF atenuada: 2, Lynch (critérios de Amesterdão): 6 e CCR: 4. Orientação: vigilância endoscópica: 121, Cirurgia: 7, teste genético: 4, alta da consulta: 6.

Conclusões: Esta consulta identificou doentes e familiares com risco aumentado de CCR, proporcionando-lhes uma vigilância mais adequada e deste modo uma redução da mortalidade.

P 07

COMPLICAÇÃO POUCO COMUM DA DIVERTICULITE DO CÓLON

Pereira MJ, Ferreira E, Devesa N, Pimentel J

Serviço de Medicina Intensiva dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Objectivo: A Diverticulose Cólica é comum nos idosos dos países Ocidentais, mas apenas uma minoria apresentará doença sintomática. Os autores descrevem o caso de um doente com sépsis grave por volumoso abscesso hepático piogénico secundário a diverticulite assintomática do cólon transverso.

Caso Clínico: Sexo masculino, 91 anos, com antecedentes de diabetes, insuficiência cardíaca, insuficiência renal e diverticulite. Recorreu ao Serviço de Urgência por dor abdominal aguda, associada a náuseas, diarreia e dispneia. Ao exame objectivo apresentava palidez, sinais de desidratação e febre. Estava normotenso, com taquiarritmia e insuficiência respiratória. Abdómen distendido, doloroso nos quadrantes superiores e sem sinais de irritação peritoneal. Analiticamente: Hb: 10.5g/dL, leucócitos: 14300/uL, neutrófilos: 12300/uL, PCR: 26mg/dL, TGO: 51U/L, TGP: 44U/L, FA: 139U/L, GGT: 108U/L e bilirrubina total: 0.7mg/dL. A TAC abdominal revelou volumosa formação no lobo esquerdo do fígado que se estendia inferiormente sobre a parede anterior do abdómen, com 210x175X90mm. Efectuou laparotomia exploradora que evidenciou volumoso abscesso pré-peritoneal na vizinhança do lobo esquerdo do fígado e do cólon transverso. Lesão em provável relação com processo de diverticulite prévia. Realizada drenagem de 1 litro de material purulento. O estudo bacteriológico revelou a presença de *Streptococcus viridans* e *Bacteroides fragilis*. Foi internado na Unidade de Cuidados Intensivos, submetido a ventilação mecânica, a terapêutica com aminas vasoactivas e antibioterapia de largo espectro. O doente teve uma evolução favorável com recuperação da função cardiorespiratória.

Conclusão: O abscesso piogénico hepático é uma complicação grave e pouco comum da diverticulite. O diagnóstico precoce e a intervenção atempada são fundamentais para o sucesso terapêutico e melhoria do prognóstico.

P 08

MEGACÓLON TÓXICO INAUGURAL E RECORRENTE EM DOENTE COM PANCOLITE ULCEROSA

Pereira MJ, Romão Z, Agostinho C, Ferreira R, Carvalheiro J, Fernandes A, Ferreira M, Mendes S, Panão E, Campos MJ, Mesquita R

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Coimbra, E.P.E. – HG

Resumo: O Megacólon Tóxico (MT) é uma complicação pouco frequente e potencialmente letal da Colite Ulcerosa (CU), e caracteriza-se pela dilatação cólica com pelo menos 6cm, não obstrutiva segmentar ou total, associada a toxicidade sistémica.

Os autores apresentam o caso clínico de uma doente, sexo feminino, 76 anos, internada por diarreia sanguinolenta, desidratação, astenia e anorexia, com 1 semana de evolução. Antecedentes de Pancolite Ulcerosa (diagnosticada em 2007 com quadro inaugural de MT), HTA, Insuficiência Cardíaca e Osteoporose. Medicada com Messalazina 3g id. Ao exame objectivo: palidez cutânea, sinais de desidratação, febre (38°C), abdómen distendido e doloroso e RHA ↓. Analiticamente: Anemia N.N.(Hb:12g/dl), leucocitose(10,500/uL), PCR↑(21,4 mg/dL), VS↑(80 mm/h), hipocaliémia, hipoalbuminémia e leucocitúria. Critérios Truelove de gravidade ligeira a moderada. RX simples do abdómen mostrava dilatação do transverso com 8 cm. A Colonoscopia esquerda revelou em todo o trajecto mucosa congestiva, com microulcerações, e pseudopólipos - aspectos compatíveis com CU em fase activa. Instituída pausa alimentar, hidratação ev e descompressão com SNG e enteroclitor. Iniciada antibioticoterapia e corticoterapia ev. As coproculturas, o exame parasitológico e a pesquisa da toxina do Clostridium nas fezes foram negativas, tal como as hemoculturas, e o estudo serológico (incluindo CMV). O resultado histológico das biópsias cólicas revelou: lesões de colite activa e sinais de infecção sobreposta, mas com pesquisa de CMV negativa. A introdução da dieta conduziu a agravamento clínico, analítico e radiológico. Face à refractariedade à terapêutica com corticosteroide ev, iniciou tratamento biológico com *Infliximab*. Constatou-se então melhoria significativa, com resolução do quadro de MT. Actualmente mantém terapêutica periódica com *Infliximab* e encontra-se clínica e analiticamente estável.

O MT pode associar-se a quadro de pancolite, sendo a fase inicial da Doença Inflamatória Intestinal (DII) aquela em que o risco é maior, podendo ser em alguns doentes a forma de manifestação inicial da doença. Embora a incidência do MT na DII seja baixa, esta condição é responsável por 50% das mortes associadas à CU. O tratamento inicial deverá ser médico, o que poderá dispensar a necessidade de cirurgia em cerca de metade dos casos.

P 09

APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA - COMPLICAÇÃO RARA

Diogo Albergaria, Susana Onofre, Nuno Carvalho, Carlos Santos, Rui Lebre, João Corte Real

Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta

Resumo: A apendicite aguda é a principal causa de abdomen agudo cirúrgico. A abordagem laparoscópica é especialmente útil nos doentes obesos e no sexo feminino, permitindo uma melhor identificação das estruturas e exclusão de outro tipo de patologia que possa mimetizar o quadro clínico. Descrita como tendo uma taxa de complicações baixa, o hematoma da parede abdominal é uma raridade. Os autores descrevem o caso de um doente do sexo feminino, 56 anos de idade, submetida a apendicectomia laparoscópica que ao segundo dia pós-operatório desenvolveu um hematoma da porta umbilical, tendo dissecado toda a parede abdominal. Tratado conservadoramente, ao décimo oitavo dia pós-operatório o hematoma encontrava-se em fase de resolução e com uma absorção quase completa. Apresenta-se iconografia da evolução.

P 10

CAUSA BENIGNA DE OCLUSÃO INTESTINAL - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

Catarina Góis, Sandra Carlos, Luís Galindo, Javier Mulet, António Folgado, João Corte Real

Serviço de Cirurgia Geral, Hospital Garcia de Orta

Resumo: Os autores apresentam um caso clínico de lipoma cólico sub-oclusivo. Os lipomas do cólon são tumores benignos gastrointestinais cuja incidência varia de 0,035% a 4,4 %, sendo detectada maioritariamente de forma acidental na colonoscopia, cirurgia ou autópsia. Embora a maioria dos casos sejam assintomáticos, com um curso clínico silencioso, quando estes atingem determinadas dimensões, têm manifestações como alterações do trânsito intestinal, hemorragia rectal, dor abdominal, ou consequências mais desastrosas como obstrução ou intussuscepção requerendo tratamento urgente. Relato um caso de sub-oclusão intestinal, num doente com lipoma de 3,8 X 3,3 x 3,2 cm, localizado na submucosa do cólon descendente.

P 11

TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CANCRO DO RECTO COMPLEXO - REVISÃO CASUÍSTICA

Tiago Castro, Jorge Costa, António José Reis, Maria Rosa Sousa, Américo Dias Pereira

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga, E.P.E.

Introdução: A cirurgia do cancro do recto avançado/complexo representa um procedimento tecnicamente exigente. A ressecção em bloco com margens livres de estruturas neoplásicas é actualmente defendido por vários autores. Este trabalho consiste no estudo retrospectivo dos resultados obtidos no Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga E.P.E. desde 2002.

Método: Revisão dos processos de 17 doentes submetidos a tratamento cirúrgico de cancro rectal avançado desde 2002. Destes, 12 foram por cancro colo-rectal primário avançado e 5 por recidiva local. O estadiamento foi realizado por TAC e/ou RMN. Os procedimentos realizados foram: amputação abdomino-sagrada em 7 doentes, 3 RAR com histerectomia total, 3 RAR com ressecção parcial da vagina, 2 RAR com cistectomia parcial, 1 RAR com anexectomia e ureterectomia esquerda e 1 amputação perineal com ressecção parcial da vagina.

Resultado: A ressecção R0 foi conseguida em 5 doentes sendo que um doente manteve doença residual macroscópica. Sem registo de mortalidade durante o procedimento ou no pós-operatório precoce. A complicação mais frequentemente observada no pós-operatório foi a infeção da ferida perineal. A sobrevida livre de doença e a sobrevida global foram sobreponíveis às encontradas na literatura.

Conclusão: A ressecção radical multiorgânica, apesar de bastante agressiva, constitui a única hipótese de cura neste tipo de doentes.

P 12

CIRURGIA COLORECTAL LAPAROSCÓPICA: EXPERIÊNCIA DE UMA INSTITUIÇÃO

Sandra Carlos, Catarina Góis, Javier Mulet, Luís Galindo, António Folgado, João Corte Real

Hospital Garcia de Orta

Resumo: A via laparoscópica é nos dias de hoje uma forma de abordagem amplamente aceite no tratamento da patologia colorectal benigna e maligna. A menor invasibilidade associada a esta via confere-lhe as suas principais vantagens, nomeadamente, a diminuição da dor e taxa de infeção no pós-operatório, diminuição do tempo de internamento e tempo de convalescença, assim como, uma diminuição de complicações a longo prazo como o desenvolvimento de hérnia incisional. A experiência do Hospital Garcia de Orta na abordagem da patologia colorectal por via laparoscópica teve início em 2002 e desde então foram operados 216 doentes. Os autores pretendem com este trabalho analisar a evolução da experiência em cirurgia laparoscópica colorectal nesta instituição. Para tal, foram analisadas as seguintes variáveis: taxa de conversão, tempo de internamento, taxa complicações pos-operatórias e qualidade de ressecção oncológica determinada pelos resultados anatomo-patológicos.

P 13

A PSP NO TRATAMENTO DO PROLAPSO RECTAL EXTERNO

Teresa Santos Silva, João Pimentel, Luís Ventura

Unidade de Cirurgia Coloproctológica dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo: As técnicas perineais para o tratamento cirúrgico do prolapso rectal total, como o Delorme ou Altmeier, estão indicadas em doente idosos, frágeis ou sem indicação para abordagem abdominal. Recentemente, foi introduzida uma nova técnica - PSP (*Perineal Stapled Prolapse Resection*), para o tratamento desta patologia, utilizando a máquina de sutura mecânica Contour Transtar. Apresenta-se o primeiro caso tratado com este novo procedimento, descrevendo-se a técnica cirúrgica, avaliando-se a sua exequibilidade e os resultados a curto prazo (90 dias). A PSP (*Perineal Stapled Prolapse Resection*), é um procedimento elegante, rápido, seguro e com bons resultados funcionais.

P 14

GIST CANAL ANAL

Diogo Albergaria, Susana Onofre, Nuno Carvalho, Carlos Santos, Vitor Fernandes, Helena Vidal, M^a José Brito, Rui Lebre, João Gira

Serviço de Cirurgia Geral, Gastreenterologia, Imagiologia e Anatomia Patológica do Hospital Garcia de Orta

Resumo: Gastrointestinal stromal tumours (GIST) são um tipo raro de tumor mesenquimatosos. GIST do canal anal é extremamente raro. Presentemente há apenas 10 casos de GIST com a mutação c-kit presente descritos na literatura. Não existe consenso na abordagem terapêutica para este tipo de neoplasia. Os autores descrevem o caso clínico de um doente, 73 anos de idade, com uma massa do canal anal, sem outra sintomatologia. A ecografia endorectal e a ressonância magnética nuclear (RMN) revelaram uma massa sólida bem circunscrita localizada no espaço inter-esfíncterico. O doente foi submetido a excisão local. A Histologia revelou um GIST c-kit positivo. Após 4 anos de follow-up o doente não tem evidência de recorrência da doença.

P 15

INVAGINAÇÃO INTESTINAL SECUNDÁRIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL

Gabriela Machado, António Folgado, João Corte Real

Serviço de Cirurgia do Hospital Garcia de Orta

Resumo: A invaginação intestinal secundária a um Divertículo de Meckel invertido é considerada uma patologia rara. No adulto e no adolescente a invaginação intestinal constitui apenas 1-5% de todos os casos de oclusão intestinal. Ao contrário do que ocorre na criança, nesta faixa etária a maioria dos casos é secundária a lesão orgânica. O Divertículo de Meckel é a anomalia congénita do tubo digestivo mais frequente, com uma prevalência de 2-3%. Manifesta-se clinicamente em apenas 4-6% dos portadores. As suas complicações mais frequentes são a hemorragia, a oclusão intestinal e a diverticulite. Apresentamos um caso de um adolescente com invaginação ileo-ileal secundária a Divertículo de Meckel diagnosticada intra-operatoriamente.

P 16

PROTOSSIGMOIDITE ISQUÉMICA: UMA ETIOLOGIA POUCO FREQUENTE

Barão A, Gonçalves A, Costa Gomes O, Gaspar S, Matos H, Ramires A, Malaquias J, Bicha Castelo H

Centro Hospitalar de Lisboa Central - Hospital de Santa Maria, E.P.E.

Resumo: A colite isquémica é a forma mais comum de apresentação da isquémia intestinal e compreende um largo espectro de formas de apresentação. É um quadro multifactorial que pode estar associado a várias condições predisponentes, desde cardiovasculares ao uso de medicamentos, nomeadamente antipsicóticos, estando mais comumente associada à classe dos fenotiazínicos e antipsicóticos

atípicos como a clozapina e olanzapina. O risco torna-se acrescido quando os antipsicóticos são administrados em associação aos anticolinérgicos. Apesar da colite isquêmica ser um efeito colateral raro da medicação antipsicótica, é importante considerá-lo, tendo em conta os seus resultados potencialmente fatais. Apresentamos um caso de proctossigmoidite isquêmica grave, num doente do sexo masculino de 37 anos de idade, sob medicação crónica com neurolépticos para o Autismo. O quadro clínico caracterizou-se por obstipação progressiva, acompanhada por dor abdominal e proctalgia, tenesmo intenso e mucorreia. Os estudos endoscópico, histológico e imagiológico revelaram padrão de isquemia grave de todo o recto e sigmóidea distal. Atendendo à raridade da situação e à pouca experiência relatada na literatura, optou-se pela realização de colostomia de derivação verificando-se evolução imediata favorável e resolução da sub-oclusão intestinal, seguindo-se posterior reavaliação endoscópica para avaliação de eventual possibilidade de reconstrução do trânsito intestinal.

P 17

OCCLUSÃO INTESTINAL ALTA POR HÉRNIA INCISIONAL PÓS LAPAROSCOPIA

Marcos N, Tavares F, Carrapita J, Valls E, Cardoso J, Gandra L, Maciel J

Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, E.P.E

Resumo: O primeiro caso de oclusão intestinal por hérnia incisional do trocar pós-laparoscopia foi descrito em 1974. Normalmente a mesma localiza-se na linha mediana, no orifício do trocarte umbilical, principalmente quando este possui 10 mm de diâmetro ou mais. Nos laterais a sua frequência é mais diminuta, na ordem dos 0,23%. O diagnóstico de hérnia encarcerada normalmente efectuado com base na clínica e no exame físico, associado ou não à realização de métodos de imagem, necessitando de ser feito o diagnóstico diferencial com hematoma de parede abdominal associado a íleo paralítico. Os autores apresentam 3 casos de hérnias incisionais associadas a oclusão intestinal alta provenientes de procedimentos laparoscópicos diversos como gastrectomia laparoscópica, Cirurgia bariátrica de *By-pass* gástrico e colectomia laparoscópica.

P 18

MEGACÓLON IDIOPÁTICO E DOENÇA DE HIRSCHSPRUNG DO ADULTO: RESULTADOS DO TRATAMENTO CIRÚRGICO

António Manso, Júlio S. Leite, Sheila Martins, A. Monteiro, César Carvalho, F. Castro-Sousa

Serviço de Cirurgia A dos Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo: É baixa a taxa de sucesso do tratamento médico dos doentes com megacólon, que geralmente têm má qualidade de vida. O objectivo do estudo consistiu na análise dos resultados do tratamento cirúrgico de doentes com doença de Hirschsprung do adulto e com megacólon idiopático, associados a obstipação severa resistente ao tratamento médico.

Métodos: Entre 1990 e 2010 três doentes com doença de Hirschsprung do adulto (idade média 22 a) foram operados de proctocolectomia reconstrutiva (2) e ressecção rectosigmóide com anastomose colo-anal (AC, 1) e 11 doentes com megacólon/megarecto idiopático (idade média 47 a) de colectomia total (10) e AC (1). No seguimento clínico até à última consulta o resultado foi caracterizado como bom, razoável ou fraco. O score de obstipação de Wexner foi avaliado no pré-operatório e na última consulta de *follow-up*.

Resultados: Com o *follow-up* médio de 71 meses, obteve-se bom resultado clínico em 9 (64%) doentes e razoável em 5 (36%), devido a persistência de sintomas suboclusivos, dor abdominal, obstrução defecatória ou diarreia. O score de Wexner baixou significativamente de 20 para 5 ($P < 0,01$).

Conclusão: Estes resultados parecem sugerir vantagem na abordagem cirúrgica dos doentes com doença de Hirschsprung do adulto ou com megacólon/megarecto idiopático associados a obstipação severa resistente ao tratamento médico.

P 19

NEUROMODULAÇÃO PERIFÉRICA POR ESTIMULAÇÃO PERCUTÂNEA DO NERVO TIBIAL POSTERIOR PARA TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA FECAL

Susana Moreira, Sabrina Pimentel, Manuela Batista, Fernando Silveira, Pedro Correia da Silva, J. E. Costa Maia
Centro Hospitalar de S. João, E.P.E.

Introdução: A incontinência fecal (IF) é uma disfunção defecatória altamente incapacitante que afecta cerca de 2,2% da população adulta. Pode resultar de lesões traumáticas do mecanismo esfinteriano anal, degenerescência esfinteriana idiopática, lesão medular ou doenças neurológicas. O tratamento convencional incluindo modificações dietéticas, fármacos, reeducação do pavimento pélvico, *biofeedback*, cirurgia tem com frequência resultados insatisfatórios. A neuromodulação sagrada é um tratamento com eficácia estabelecida na IF de diferentes etiologias. A neuromodulação periférica por estimulação percutânea do nervo tibial posterior (PTNS) é uma alternativa à neuromodulação sagrada, mais económica, minimamente invasiva.

Objectivos: Avaliar a eficácia clínica do PTNS na IF e a sua tradução em termos de parâmetros fisiológicos.

Métodos: Estudo prospectivo com início em Outubro de 2009 que incluiu, até à data, 10 doentes do sexo feminino, idade média $53,4 \pm 12,7$ anos, com IF moderada ou grave de diferentes etiologias (8 após cirurgias anais, 1 após ressecção anterior do recto e radioterapia, 1 após nefrectomia), persistente após tratamento convencional (incluindo esfinteroplastia em 6). Todos apresentavam EMG do EAE sem alterações. Na ecografia não se verificavam soluções de continuidade do aparelho esfinteriano, 3 apresentavam atrofia do EAE e 1 do EAI. O tratamento inicial consistiu em 12 sessões de PTNS com periodicidade semanal, sendo considerado tratamento de manutenção em caso de recidiva. Os resultados foram avaliados através do Wexner score efectuado no início, fim do tratamento, 1 mês e 3 meses após o tratamento inicial; questionário de qualidade de vida SF36 no início, fim do tratamento e aos 3 meses; manometria ano-rectal efectuada no início e fim do tratamento.

Resultados: Verificou-se melhoria da continência em 6 dos 10 doentes após as 12 sessões de tratamento inicial. Um mês após interrupção do tratamento, um doente apresentou agravamento clínico pelo que iniciou tratamento de manutenção com periodicidade de 2 semanas (6 sessões) e posteriormente 3 semanas (6 sessões). Três meses após o fim do tratamento inicial, apenas 1 doente se encontrava em tratamento de manutenção, os restantes referiam manter as melhorias iniciais pelo que se mantiveram apenas em vigilância. O score de Wexner melhorou de uma média inicial de $15,3 \pm 3,16$ para $10 \pm 4,08$ ao fim das 12 sessões de tratamento e $10,3 \pm 4,64$ aos 3 meses após o tratamento inicial. A melhoria clínica traduziu-se em melhoria na qualidade de vida na maioria dos domínios do SF36. Não se verificaram alterações significativas na manometria em relação aos valores médios de pressão de repouso ou pressão de contracção voluntária. Dois doentes apresentaram efeitos laterais, um doente referiu dor epigástrica ligeira com cerca de 2h de duração; o outro doente abandonou o tratamento após 2 sessões por dor no membro inferior com necessidade de medicação analgésica. Este último doente solicitou reintegração no estudo que decorreu sem novos episódios de dor.

Conclusões: Apesar das limitações do estudo (sobretudo dimensão e heterogeneidade da amostra, ausência de grupo controlo), os resultados sugerem que a neuromodulação por PTNS é um tratamento promissor para a IF em geral bem tolerado, sem complicações significativas. Apesar dos resultados preliminares, são necessários estudos controlados de maior dimensão, que permitam definir que doentes terão maior probabilidade de resposta ao tratamento, protocolos ideais de tratamento e a necessidade de tratamento de manutenção.

P 20

MUCOSA CÓLICA NODULAR EM DOENTE COM LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA DE CÉLULAS B

Carlos Fernandes, Rolando Pinho, Ricardo Veloso, Teresa Pinto-Pais, José Fraga

Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, E.P.E.

Resumo: Homem de 57 anos, seguido em consulta de Hematologia Clínica desde 2001, por leucemia linfocítica crónica de células B, estágio C de Binet. Diagnóstico inicial por biópsia parotídea, no contexto de aumento do volume das parótidas associado a adenopatias cervicais. Resposta inicial favorável à quimioterapia com resposta completa após 6 ciclos de tratamento. Em Fevereiro de 2008 ocorre recidiva ganglionar, com nova resposta completa após 6 ciclos de quimioterapia. Em Julho de 2010 constata-se ao exame objectivo adenopatias pericentimétricas, indolores e de consistência elástica, na região cervical, retroauricular direita e pélvica direita. Realiza tomografia computadorizada que revela adenopatias cervicais direitas e adenopatia na região pélvica direita, esta última com cerca de 4x2cm. Neste contexto, realiza colonoscopia total que revela, a cerca de 12cm da margem anal, área nodular recoberta de mucosa normal. O exame histológico correspondente revela camada de submucosa com densa infiltração linfocitária monomorfa de pequenos linfócitos em provável relação com doença linfoproliferativa de base. Os autores expõem a iconografia correspondente.

P 21

RESOLUÇÃO ENDOSCÓPICA DE OCLUSÃO INTESTINAL POR IMPACTAÇÃO DE CÁLCULO BILIAR AO NÍVEL DO RECTOSIGMA

Cabral Braga T, Branco R, Matos H, Ramires A, Malaquias J, Bicha Castelo H

Serviço de Cirurgia II do Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte

Resumo: O íleus biliar secundário à migração de cálculos biliares através fístulas colecisto-entéricas representa 2-3% de todas as causas de obstrução intestinal. A apresentação clínica inclui os sintomas típicos de oclusão juntamente com os sintomas da tríade de Rigler (distensão de ansas intestinais, aerobilia e calculo rádio-opaco). Nem todos os casos apresentam todos os sintomas e um terço dos casos são diagnosticados intra-operatoriamente. A oclusão intestinal secundária a impactação de cálculos biliares no cólon é muito infrequente uma vez que a fístula colecistocólica é uma entidade rara. Apenas 4,1% de todos os casos de íleus biliar são devido a oclusões o nível do cólon. A fragmentação endoscópica e mobilização dos cálculos biliares com posterior colecistectomia e resolução da fístula é uma das possíveis opções terapêuticas, embora pouco frequente. Apresentamos um relato de caso de uma paciente de 58 anos de idade, sexo feminino, com quadro de oclusão intestinal secundária a impactação de cálculos biliares no rectosigma que foi submetida à fragmentação da pedra através de rectossigmoidoscopia e posteriormente submetida a colecistectomia com resolução da fístula através de encerramento primário do cólon transversos.

P 22

TERATOMA PARA-RECTAL

Cláudia Paiva, Isabel Mesquita, Mónica Sampaio, Marisa Santos, Carlos Nogueira

Unidade de Cirurgia Digestiva do Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António, E.P.E.

Resumo: Os tumores pélvicos de natureza cística são raros. A dificuldade na abordagem reside no diagnóstico diferencial entre as neoplasias benignas e malignas. Os teratomas são tumores pouco frequentes e habitualmente localizados nos ovários e testículos. O seu diagnóstico em outras localizações como espaço para-rectal, sacrococcígeo, ou na dependência do recto, constitui uma raridade mas também um desafio na investigação e no diagnóstico. Os autores expõem um caso clínico, tratado na nossa Unidade, de uma mulher de 43 anos de idade com queixas de dor pélvica há vários anos como mote à revisão da abordagem diagnóstica e terapêutica.

P 23

TUMOR CARCINOIDE DO DELGADO

Marco Santos, Isabel Mesquita, Mónica Sampaio, Maria João Magalhães, Sollari Allegro, Marisa Santos, Carlos Nogueira

Unidade de Cirurgia Digestiva do Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António, E.P.E.

Resumo: Os tumores neuroendócrinos do trato gastrointestinal são raros. Originam-se das células enterocromafins e têm a capacidade de produzir várias hormonas e péptidos. Podem ser classificados de acordo com a sua origem, localização, grau histológico, índice de proliferação e se são produtores hormonais. Como mote à discussão dos tumores carcinoides do delgado, revisão clinicopatológica, diagnóstico e estratégias de *follow-up*, os autores apresentam um caso clínico de um doente tratado na sua Unidade que sobressai não só pela sua extrema raridade (tumores carcinoides múltiplos do íleon) como pela forma de apresentação (hemorragia digestiva baixa aberta e severa). Trata-se de um homem com 57 anos, que no decurso da investigação de um episódio de hemorragia digestiva baixa se identifica, por enteroscopia por cápsula, uma lesão exofítica, ulcerada em localização ileal. Proposto para cirurgia é identificada uma lesão com cerca de 2cm de diâmetro, a 70 cm da válvula ileocecal cuja histologia revela tratar-se de tumor endócrino de tipo carcinoide com potencial biológico agressivo. No *follow-up*, 3 anos depois e por subida dos marcadores 5-HIA e cromogranina são identificadas três novas lesões ileais, sem relação com a enterectomia prévia, cuja histologia renova o diagnóstico de tumores carcinoides síncronos de delgado. Desta vez, bem diferenciados, com índice de proliferação baixo e baixo potencial de malignidade. Até à presente data não apresenta novas lesões ou recidiva da doença (4 anos passados) tendo sido feito o seguimento com doseamentos seriados de 5-HIA, cromogranina, TAC abdomino-pélvico e enteroscopia por cápsula.

P 24

ADENOCARCINOMA MUCINOSO PERIANAL COM ORIGEM EM FÍSTULA ANORECTAL

Marco Santos, Isabel Mesquita, Mónica Sampaio, Castro Poças, Marisa Santos, Carlos Nogueira

Unidade de Cirurgia Digestiva do Serviço de Cirurgia Geral do Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António, E.P.E.

Resumo: O adenocarcinoma mucinoso perianal com origem em fístula anorectal é uma raridade. São pontuais os relatos na literatura. Estas lesões são habitualmente de reconhecimento tardio, por serem assumidas como fístulas ou abscessos crónicos de etiologia benigna. A este propósito apresenta-se um caso clínico de um doente do sexo masculino de 48 anos de idade com história de fístula anorectal crónica com cerca de 10 anos de evolução a quem foi diagnosticado um adenocarcinoma mucinoso no trajecto da fístula. Foram as alterações das características do trajecto fistuloso nos últimos 3 meses que levantaram a hipótese de se tratar de uma patologia maligna que foi confirmada por biópsia. Uma vez estabelecido o diagnóstico e realizado o estadiamento da neoplasia, o doente foi tratado com quimio-radioterapia neoadjuvante, amputação abdomino-perineal e posteriormente quimioterapia adjuvante. Com base neste caso, os autores propõem-se rever aspectos críticos e em debate na literatura como os critérios fisiopatológicos e estratégias de diagnóstico e tratamento.

P 25

CÓLON - ABORDAGEM MINI-INVASIVA: 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Alda Pinto, Setelio Sampaio Rua, Diogo Sousa, Carlos de Sousa

Serviço de Cirurgia do Hospital do Litoral Alentejano

Introdução: A abordagem laparoscópica da patologia colo-rectal foi iniciada em 2002. No nosso Hospital iniciámos a abordagem em 2005, totalizando de Dezembro de 2005 a Dezembro de 2010, 201 casos, sendo 142 casos de patologia do cólon.

Objectivos: Avaliar a experiência obtida na cirurgia mini-invasiva do cólon durante 5 anos.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de 142 casos CONSECUTIVOS de doentes operados por patologia do cólon durante 5 anos (Dezembro de 2005 a Dezembro de 2010). Avaliação da população por género, idade, IMC, cirurgias prévias, ASA, apresentação clínica, patologia, intervenções, tempo cirúrgico, extracção da peça, taxa de conversão, tempo de internamento, morbilidade e mortalidade.

Resultados: 58% dos doentes eram do sexo masculino, 34% na sétima década de vida, IMC ≥ 30 em 22% dos casos, cirurgias prévias em 38% e o ASA ≥ 3 em 54% dos doentes. A sintomatologia predominante foi a rectorragia em 36% dos casos. A patologia mais frequente foi a neoplasia do cólon esquerdo com 26% dos casos. A extracção da peça foi realizada por cicatriz prévia em 11% dos casos e foram realizados dois NOSE com extracção da peça por via vaginal. A taxa de conversão foi de 9.8%. A morbilidade verificou-se em 21% e a mortalidade em 3% dos doentes.

Discussão/Conclusão: A abordagem mini-invasiva do cólon tem benefícios a curto prazo indiscutíveis e a longo prazo sobreponíveis aos da cirurgia clássica.

P 26

NEOPLASIA DO RECTO - ABORDAGEM MINI-INVASIVA: 5 ANOS DE EXPERIÊNCIA

Alda Pinto, Setelio Sampaio Rua, Diogo Sousa, Carlos de Sousa

Serviço de Cirurgia do Hospital do Litoral Alentejano

Introdução: A abordagem laparoscópica da patologia colo-rectal foi iniciada em 2002. No nosso Hospital iniciámos a abordagem em 2005, totalizando de Dezembro de 2005 a Dezembro de 2010, 201 casos, sendo 59 casos de patologia do recto.

Objectivos: Avaliar a experiência obtida na cirurgia mini-invasiva do recto durante 5 anos.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de 59 casos consecutivos de doentes operados por neoplasia do recto durante 5 anos (Dezembro de 2005 a Dezembro de 2010). Avaliação da população por género, idade, IMC, comorbilidades, ASA, apresentação clínica, localização da lesão, terapêutica neoadjuvante, cirurgia efectuada, tempo cirúrgico, extracção da peça, taxa de conversão, tempo de internamento, morbilidade, mortalidade e resultado oncológico.

Resultados: 80% dos doentes eram do sexo masculino, 43% com idade superior a 70 anos, IMC ≥ 30 em 21% dos casos, existiam comorbilidades em 83% e o ASA ≥ 3 em 58% dos doentes. A sintomatologia predominante foi a rectorragia em 97% dos casos. Em 47% dos doentes a lesão situava-se no recto baixo. 58% realizaram terapêutica neoadjuvante. A dissecação inter-esfincteriana foi utilizada em 12 casos. A taxa de conversão foi de 14%. A morbilidade verificou-se em 20% dos doentes.

Discussão/Conclusão: A abordagem mini-invasiva do recto tem benefícios a curto prazo indiscutíveis e a longo prazo sobreponíveis aos da cirurgia clássica.

P 27

METASTIZAÇÃO HEMATOGÉNEA PARA O COLON A PROPÓSITO DE DOIS CASOS CLÍNICOS

Saiote J, Carvalho D, Costa M, Ramos G, Bentes T, Bettencourt MJ, David Marques A

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar Lisboa Central – Hospital dos Capuchos, E.P.E.

Introdução: A metastização para o colon é rara. Ocorre, na maioria dos casos por invasão tumoral a partir de órgãos adjacentes (próstata, bexiga, útero), sendo a via hematogénica menos comum. Os sintomas podem ser dor abdominal, rectorragias e por vezes pode manifestar-se por obstrução intestinal. A avaliação endoscópica e o diagnóstico histológico são essenciais para o diagnóstico.

Objectivo: Apresentamos dois casos clínicos que são exemplificativos de metastização hematogénea para o colon.

Caso 1: Doente do sexo feminino, de 62 anos, com antecedentes de carcinoma ductal da mama (mastectomia com esvaziamento ganglionar e quimio-radioterapia adjuvante em 2003 seguido de hormonoterapia até 2009). Inicia quadro de obstrução intestinal, sendo submetida a colonoscopia e tomografia computadorizada (TC) abdominal. O exame endoscópico revelou áreas de estenose com aspecto

modular e a TC espessamento da parede cólica, com áreas de estenose luminal no colon descendente e transverso. A avaliação anatomo-patológica revelou adenocarcinoma pouco diferenciado, sendo a imuno-histoquímica sugestiva de metastização de carcinoma da mama (positiva para receptores de estrogénios, GCDPF-15, citoqueratina 7 e negativa para citoqueratina 20).

Caso 2: Doente do sexo masculino, 72 anos, com carcinoma pavimento-celular do pulmão diagnosticado há 4 meses, recorre ao serviço de urgência por rectorragias de sangue vivo com repercussão hemodinâmica. Realiza colonoscopia que mostra, ao nível da transição recto-sigmoideia, lesão vegetante ocupando a hemicircunferência luminal. As biopsias da lesão endoscópica mostraram tratar-se de metastização de carcinoma pavimento-celular.

Comentários: A metastização hematogénica para o colon de neoplasia da mama ou pulmão é extremamente rara, estando descritos poucos casos na literatura. Em avaliação *post-mortem* de doentes com neoplasia primitiva destas localizações, está descrita como sendo de 3 e 0,5% respectivamente. Os autores apresentam os casos pela sua raridade, salientando a importância de considerar este diagnóstico na presença de clínica e lesões endoscópicas em doentes com história progressiva de neoplasia.

P 28

ABORDAGEM CIRÚRGICA NA DOENÇA DE CROHN (DC)

Teresa Pereira, Isa Santos, Tito Bragança, Paulo Fernandes, Cristina Lavado, Fernando Aldeia, Paulo Costa
Serviço Cirurgia I Centro Hospitalar Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria

Resumo: A DC tem uma incidência de 5-10 por 100.000/ano e uma prevalência de 50-100 por 100.000/ano. Aproximadamente 70% dos doentes necessitam de cirurgia em determinado momento das suas vidas: nos casos de doença refractária à terapêutica médica; quando existem episódios de obstrução intestinal recorrentes; nos casos de má-nutrição; e quando existem complicações sépticas como perfuração livre ou abscessos. A re-cirurgia é uma realidade para 70-90% de todos os doentes e cerca de 30% estão sujeitos a procedimentos múltiplos. Apresentamos o caso clínico de um jovem sexo masculino, 21 anos, modelo, saudável até 6M antes do diagnóstico de DC (Maio 2011), quando iniciou quadro de dor abdominal recorrente, diarreia esporádica com sangue, febre e perda de 20Kg em 6M. Com 2 episódios de internamento por sub-oclusão inflamatória no espaço de 2M, sob terapêutica com Prednisolona, Azatioprina e Infliximab. Transferido para o serviço de Cirurgia I por marcada agudização da DC traduzida por existência de ileíte terminal com envolvimento transmural, colecção na FID e fistulização ileo-cecal (impedindo continuação de tratamento com Infliximab). Submetido a ressecção ileo-cecal e toilette peritoneal. Período pós-operatório sem intercorrências tendo reiniciado terapêutica biológica com Infliximab 12 dias após a cirurgia. Actualmente em seguimento na consulta de Gastroenterologia e Cirurgia, clinicamente assintomático.

P 29

OCCLUSÃO INTESTINAL POR ENDOMETRIOSE - O PAPEL DA PRÓTESE CÓLICA REABSORVÍVEL

Teresa Pinto-Pais, Ivone Amaral, Luísa Proença, Rolando Pinho, Sónia Fernandes, Ricardo Veloso, Carlos Fernandes, José Fraga

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho

Introdução: A Endometriose intestinal atinge 5-12% das mulheres com endometriose pélvica, sendo o recto-sigmoide mais frequente envolvido.

Objectivo: Descreve-se um caso de uma jovem com quadro oclusivo por endometriose intestinal, que resolveu com prótese cólica temporária reabsorvível.

Método: Análise do processo clínico e revisão da literatura.

Caso Clínico: Sexo feminino, 29 anos, seguida em consulta de Ginecologia/Infertilidade por endometriose. Quadro de instalação progressiva de dejectões diarreicas mucosanguinolentas e dor abdominal difusa tipo cólica. Sem perda ponderal ou outros sinais de alarme. Realizada Colonoscopia, observando-

se estenose luminal intransponível na transição recto-sigmoideia, recoberta por mucosa pálida, edemaciada, sem congestão ou erosões – aspectos sugestivos de compressão extrínseca, sendo orientada para a consulta de Gastreenterologia. Recorre ao SU cinco semanas depois por quadro de oclusão intestinal. A Tomografia Computorizada revela lesão estenosante rectal com marcada distensão do cólon e delgado a montante, em provável relação com endometriose. Realizada Colonoscopia com transposição da estenose, observando-se mucosa friável a montante - colocada prótese expansível biodegradável (comprimento – 100mm), com resolução do quadro oclusivo. Às nove semanas de seguimento após colocação da prótese, e sob tratamento hormonal por Ginecologia, encontra-se assintomática do ponto de vista digestivo. A Ressonância Magnética Nuclear com enteroclise revela persistência de prótese e discreta distensão a montante sem oclusão. Mantém seguimento por Gastreenterologia, Ginecologia e Cirurgia Geral.

Conclusão: O caso relatado chama a atenção da endometriose como causa benigna de oclusão cólica, salientando-se o papel das próteses biodegradáveis na resolução do quadro oclusivo agudo nesta patologia.

P 30

SÍNDROME DE KLIPPEL-TRENAUNAY-WEBER UMA CAUSA RARA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAIXA

Carlos Fernandes, Luís Alberto, Rolando Pinho, Ricardo Veloso, Teresa Pinto-Pais, José Fraga
Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho, E.P.E.

Resumo: Mulher, 19 anos, com diagnóstico de Síndrome de Klippel-Trenaunay-Weber referenciada à consulta de Proctologia por história de rectorragias desde infância. A doente referia episódios de rectorragias espontâneas e/ou associadas a esforço defecatório, frequentes (2-3 vezes/dia), auto-limitadas, sem repercussão hemodinâmica ou analítica. Sem outra sintomatologia gastrointestinal relevante. No contexto da Síndrome apresentava ainda disfunção venosa do membro inferior direito, hipertrofia do membro inferior esquerdo e hemangiomas capilares cutâneos em ambos membros inferiores. Ao exame objectivo a destacar marisca anal na comissura posterior e hemorróidas grau II congestivas mas não friáveis. Na colonoscopia total observou-se no recto e sigmoide distal, vários cordões varicosos proeminentes, assumindo por vezes aspecto polipoide, recobertos de mucosa normal. No sigmoide proximal, constatou-se rede venosa submucosa exuberante, aracneiforme, muito ramificada, sob mucosa normal, aspecto sugestivo de hemangiomatose capilar. Durante seguimento em ambulatório, observou-se paulatina diminuição do valor de hemoglobina no contexto de rectorragias. Iniciou tratamento conservador com hidratação abundante, alimentação rica em fibras e laxantes em SOS. Por anemia ferropénica iniciou também suplementação com ferro oral. Desde então com melhoria clínica e analítica progressiva, mantendo apenas raros episódios de rectorragias. Mantém seguimento na consulta de proctologia e encontra-se alertada para sinais de alarme. Os autores expõem iconografia correspondente.

P 31

RECIDIVA CÓLICA DE LINFOMA NÃO-HODGKIN DO MANTO

Carlos Fernandes, Rolando Pinho, Ricardo Veloso, Teresa Pinto-Pais, José Fraga
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, E.P.E.

Resumo: Mulher, 74 anos, com antecedentes de hipertensão arterial e artrite reumatóide, seguida em consulta de Hematologia Clínica desde 2007 por linfoma não-Hodgkin do manto, estágio IV-A de Ann Arbor (com envolvimento da medula óssea, baço e fígado). Em remissão completa desde Junho de 2008 após boa resposta à quimioterapia. Em Julho de 2010 inicia quadro de diarreia, com fezes líquidas, sem sangue, muco ou pús, associado a astenia. Sem febre, adenopatias ou organomegalias palpáveis. Analiticamente com agravamento da anemia (Hb 7,1g/dL), normocítica normocrômica. Realiza colonoscopia total que revela ao longo de toda a progressão, vários segmentos de mucosa procidente, congestiva,

sugerindo processo infiltrativo subepitelial. O aspecto é mais exuberante na região do cólon ascendente, não permitindo a identificação das referências anatómicas habituais. Histologicamente observa-se exsudado fibrino-leucocitário, tecido de granulação e retalhos de mucosa cólica com alguns infiltrados de população de células linfóides, constituída por linfócitos pequenos. Imunocitoquímica confirma diagnóstico de envolvimento cólico por linfoma B do Manto. Neste contexto assume-se recidiva de linfoma, e programa-se novo ciclo de quimioterapia. Os autores expõem iconografia correspondente.

P 32

QUIMIOTERAPIA NEOADJUVANTE E CIRURGIA NO TRATAMENTO DO ADENOCARCINOMA COLORECTAL

Raquel Correia, Cláudia Paiva, Marisa Santos, Carlos Nogueira

Serviço de Cirurgia Geral do Departamento de Cirurgia do Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António, E.P.E.

Introdução: A cirurgia é a principal arma terapêutica no tratamento do cancro do recto. Nas lesões localmente avançadas a Quimiorradioterapia (QRT) neoadjuvante pode auxiliar a cirurgia no controlo local/regional da doença.

Objectivo: Avaliar o impacto da QRT neoadjuvante e Cirurgia no tratamento da neoplasia do recto.

Material e Métodos: Análise retrospectiva de 257 doentes operados consecutivamente em cirurgia electiva por adenocarcinoma do recto, entre 01/01/2003 a 31/12/2008. Foram seleccionados para QRT neoadjuvante aqueles cujo o estadiamento foi T3-4 N0 ou qualquer T N1.

Resultados: Foram operados 257 doentes, dos quais 173(67,3%) submetidos a Cirurgia Salvadora de Es-
fincter. Dos 257, 123(47,9%) foram submetidos a QRT neoadjuvante. A morbilidade perioperatória do
tratamento cirúrgico foi de 26,5%(68), sendo que 7(2,7%) tiveram deiscência de anastomose e foram
reintervenidos. A mortalidade perioperatória foi 0,8%(2), mas não esteve associada a complicações
sépticas. Não houve aumento da morbilidade no grupo submetido a QRT neoadjuvante($p=0,02$).
Em termos de impacto da QRT neoadjuvante, houve resposta ao tratamento em 51,2%(63) doentes
(14%(17) com resposta completa). O Follow-up médio dos 257 foi de $64,87 \pm 2,9$ meses. A recidiva local-
regional global foi de 5,4%(14). Esta abordagem combinada (QRT+cirurgia) permitiu uma redução da
recidiva local/regional (9,5%) uma sobrevida global de 62,3% aos 60 meses de follow-up. A sobrevida
livre de doença foi de 61,7% aos 60 meses.

Conclusões: A utilização de QRT neoadjuvante no tratamento do cancro do recto não aumentou a mor-
bilidade e pode reduzir a recidiva local/regional e aumentar a sobrevida livre de doença.

P 33

ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR DA NEOPLASIA COLORECTAL

Isa Santos, Nuno Figueiredo, Teresa Pereira, Tito Bragança, Paulo Fernandes, Cristina Lavado, Fernando Aldeia,
Paulo Costa

Clinica Universitária de Cirurgia I, Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, E.P.E.

Introdução: No nosso hospital a abordagem multidisciplinar do cancro colorectal (CCR) reúne várias
especialidades: cirurgia geral, gastroenterologia, oncologia, radioterapia, imagiologia e anatomia-pato-
lógica.

Objectivos: Apresentar a experiência de uma equipa de cirurgias na abordagem multidisciplinar do CCR.

Material e Métodos: Análise retrospectiva dos processos clínicos de 202 doentes consecutivos com
CCR (cólon e recto intra-peritoneal:150; recto extra-peritoneal:52), operados num hospital universitário
durante 30 meses. Sexo: 73 f, 129 m. Idade mediana: 68 A [31,91]. Discussão em reunião multidisciplinar
de CCR, estadiamento segundo a AJCC-Cancer Staging Manual, 7th ed, por TC torácica-abdominal-pélvi-
ca e no recto extra-peritoneal por ultrassonografia endorectal/RMN pélvica. 11 doentes com CCR intra-
peritoneal e 33 com neoplasia do recto extra-peritoneal efectuaram terapêutica neoadjuvante.

Resultados: Foram efectuadas 51 ressecções do recto extra-peritoneal e 144 do cólon e recto intra-peri-

toneal, 7 derivações paliativas (recto extraperitoneal -1; cólon e recto intraperitoneal-6). Amostragem ganglionar: cólon e recto intraperitoneal-18±11gg; recto extraperitoneal-14±8gg. Nenhuma peça apresentou invasão das margens distais. No recto extraperitoneal em 3 peças verificou-se invasão da margem circunferencial (T4-ressecção R1). 2 doentes - regressão completa após terapêutica neoadjuvante. Mortalidade pós-operatória: 0,5%. 1 caso de recidiva pélvica aos 18 meses; 2 casos de progressão da doença para estadió IV.

Conclusão: A abordagem multidisciplinar permitiu 2 regressões completas pós terapêutica neoadjuvante e a ressecção em 97% dos casos. Apesar do curto *follow-up*, apenas tivemos 1 caso de recidiva pélvica e 2 de progressão de doença com aparecimento de metástases.

P 34

EXCISÃO DO MESORECTO - EXPERIÊNCIA DE 5 ANOS

António Gomes, Marta Sousa, Rita Tomás, Raquel Abreu, Nuno Pignatelli, Vitor Nunes

Hospital Prof. Dr. Fernando Fonseca, E.P.E.

Introdução: Actualmente é inequívoco o papel da excisão total do mesorecto na neoplasia do recto médio e baixo. Apesar de tecnicamente laboriosa, permite uma adequada linfadenectomia, que associada a uma ressecção R0 (com grande importância das margens cirúrgicas radiais e distais) permite uma menor taxa de recidiva local e maior sobrevida global.

Métodos: Estudo observacional, analítico, longitudinal, com colheita retrospectiva de dados. Foram estudados todos os doentes com diagnóstico histológico de adenocarcinoma do recto tratados cirurgicamente no período entre Janeiro de 2007 e Julho de 2011. Foram excluídos os doentes cuja descrição anatomopatológica não fez referência à excisão e integridade do mesorecto.

Resultados: Foram estudados 68 doentes, 49 do sexo masculino, idade média = $68,2 \pm 1,46$ [40-89]. *Follow up* médio de $476,5 \pm 40,51$ dias [35-1450] (15,9 meses). A distribuição por localização foi: neoplasia do recto inferior n=19 (28%); neoplasia do recto médio n= 29 (43%); neoplasia do recto superior n= 20 (29%). Foram realizadas 48 ressecções anteriores do recto (5 por neoplasia do recto inferior; 26 por neoplasia do recto médio e 17 por neoplasia do recto superior); 17 ressecções abdominoperineais do recto. Verificou-se excisão total do mesorecto (ETM) em 35 casos (2 dos quais com compromisso da integridade) e excisão parcial em 13 casos. As margens de segurança radiais foram superiores no grupo com excisão íntegra do mesorecto quando comparados com o grupo de excisão incompleta ou não íntegra ($14,1 \pm 1,6$ mm vs $6,54 \pm 1,9$ mm; Teste T = 2,72; df = 44; p0,05). O número de ressecções com compromisso das margem radial foi superior entre os indivíduos com excisão incompleta ou não íntegra (Fisher Exact Test; df =2; p=0,035). O número de recidivas locais (n=3) e desenvolvimento de secundarização (n=8) não foi estatisticamente diferente entre os grupos com ETM e com excisão parcial ou não íntegra do mesorecto (2; p>0,05). A sobrevida global foi independente da integridade da excisão do mesorecto (mantel-cox = 0,644; p>0,05).

Discussão: A integridade da excisão do mesorecto associa-se a uma maior distância da neoplasia à margem radial e a um maior número de ressecções R0. O número de recidivas locais e secundarização sistémica foi independente da integridade da excisão do mesorecto.

P 35

CIRURGIA DE RESSECÇÃO DO CÓLON ESQUERDO EM DOENTES IDOSOS

Cristina Martinez, Tiago Basseres, Jacinta Queirós, Licínio Soares, Luís Milheiro, Susana Costa, Pedro Cunha, Joaquim Costa Pereira

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), Faculdade de Medicina do Porto (FMUP)

Introdução: O envelhecimento da população leva a que cada vez mais sejam operados doentes idosos. Avalia-se os resultados em ressecção electiva do cólon esquerdo com anastomose nos doentes com idade igual ou superior a 80 anos.

Materiais e Métodos: Análise da base de dados prospectiva da Unidade Colorrectal.

Introdução: A malrotação intestinal é uma condição clínica rara, correspondendo a 1 em cada 6000 nados vivos sendo que 90% são diagnosticados no primeiro ano de vida. A incidência no adulto assintomático varia entre 0,0001% e 0,19% (dados de autópsia).

Clinicamente tem apresentação complexa, não existindo sintomas patognomónicos quer na população pediátrica quer na adulta, sendo frequentemente diagnosticada durante laparotomia por abdómen agudo, ou incidentalmente durante outros procedimentos cirúrgicos abdominais ou estudos imagiológicos do abdómen.

Material e Métodos: Apresentamos caso clínico de doente do sexo masculino, caucasiano, 28 anos, com queixas de dor abdominal arrastada associada a cólicas abdominais frequentes, com agravamento nos últimos 6 meses associadas a emagrecimento e a episódios de suboclusão.

Em investigação diagnóstica realizou TAC e Entero RM com imagens sugestivas de Malrotação intestinal, tendo sido admitido pela Urgência com dor abdominal. Foi submetido a laparotomia mediana verificando-se intra-operatoriamente rotação incompleta do intestino médio condicionando tripla rotação do intestino delgado sobre seu eixo vascular.

Procedeu-se a operação de Ladd e apendicectomia iterativa. Teve boa evolução pós-operatória com resolução completa da sintomatologia.

Discussão: A propósito do caso clínico revemos o desenvolvimento embriológico do intestino médio cujas alterações condicionam diversos achados anatómicos em função da etapa onde ocorre a alteração. Discutimos achados imagiológicos com relevância para o diagnóstico.

Conclusões: O diagnóstico da malrotação intestinal no adulto é difícil, talvez por ser considerado uma patologia pediátrica, sendo uma causa rara mas importante de dor abdominal no adulto. Deve ser sempre considerada como hipótese diagnóstica quando se investiga sintomatologia abdominal arrastada no adulto.

A reparação cirúrgica urgente está associada a maior morbidade.

P 38

CARCINOMA PAVIMENTO-CELULAR PRIMÁRIO DO RECTO

Alexandre Ferreira; Helena Tavares-Sousa

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Barlavento Algarvio, E.P.E.

Resumo: Mulher de 54 anos, com antecedentes pessoais de obstipação crónica e familiares de CCR no avô paterno (>60a). Medicada habitualmente com antidepressivo tricíclico e laxantes.

Referia quadro de dor abdominal inespecífica e agravamento da obstipação com início em Junho de 2009. Efetuou colonoscopia total em Dezembro de 2009, que mostrou lesão polipóide sésil de 15 mm, com depressão central, localizada na face posterior do recto, a 5 cm da margem anal. A lesão era dura e dolorosa ao toque rectal. O estudo histológico das biópsias efectuadas revelou infiltração por carcinoma epidermóide. O estadiamento por TC-toraco-abdomino-pélvica e PET abdomino-pélvica não mostrou lesões secundárias ou síncronas. A RM pélvica mostrou discreto espessamento no segmento rectal inferior e quatro formações ganglionares na gordura peri-rectal. A ecoendoscopia rectal identificou atingimento da muscularis propria e dois gânglios no meso-recto com 6mm, excluindo-se invasão do anel ano-rectal. A lesão foi estadiada como T1N1M0 - Estadio IIIA (AJCC para Carcinoma do canal anal) e sujeito a QT (MMC+5-FU)+RT (52Gy sobre tumor e gânglios regionais) concomitantes, no IPOL, terminada em Maio de 2010, conseguindo-se a remissão, que mantém. Os autores apresentam este caso pela raridade da entidade (<1:1000 CCR) e pela opção pela quimio-radioterapia, com sucesso terapêutico até aos 15M de *follow-up*.

P 39

UM ESTRANHO CASO DE EMAGRECIMENTO

Nuno Marcos, Filipa Tavares, Bela Pereira, Jorge Carrapita, Jorge Maciel

Centro Hospitalar Vila Nova Gaia/Espinho

Resumo: Apresenta-se o caso de um indivíduo do sexo masculino de 58 anos com hx de emagrecimento de 12kg com um mês de evolução associado a queixas de anorexia progressiva, afrontamento e dor epigástrica pós-prandial. Apresentava também alterações do trânsito intestinal várias dejetões de muco e rectorragias ocasionais predominantemente matutinas. Sem antecedentes patológicos relevantes. Efectuou estudo analítico e colonoscópico que se revelaram normais. Em estudo tomográfico revela: cego e apêndice íleocecal têm localização alta. O apêndice está retro-cecal e a sua extremidade encontra-se adjacente à 2ª porção do duodeno. A extremidade do apêndice está espessada e observamos estrutura densa e alongada compatível com espinha de peixe com 35mm de comprimento que ultrapassa a parede do mesmo, aproximando-se nitidamente do arco duodenal, aflorando a 2ª porção (transfixando?). Os planos adiposos envolventes estão ligeiramente densificados em resultado do processo inflamatório local. Sem pneumoperitoneu ou líquido livre. Proposto para tratamento cirúrgico, efectua apendicectomia e encerramento de fistula apendicoduodenal por acesso laparoscópico.

P 40

CORPOS ESTRANHOS NUM LOCAL POUCO HABITUAL

Pimentel R, Castro-Poças F, Caetano C, Salgueiro P, Pedroto I

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Porto - Hospital Geral de Santo António

Resumo: A diverticulose do cólon é muito prevalente nos países ocidentais, sobretudo na população idosa, mantendo-se assintomática em cerca de 70% dos casos. Verifica-se um predomínio dos divertículos no cólon esquerdo. As complicações mais frequentes são a diverticulite e a hemorragia diverticular. Estão descritos casos de empactamento de corpo estranho em divertículo cólico, a maioria associados a perfuração. Sexo masculino, 65 anos, com síndrome plurimetabólico, diverticulose do cólon e pólipos do cólon. Submetido a gastrectomia subtotal há 6 anos por adenocarcinoma gástrico. Durante colonoscopia de rotina para polipectomias, observou-se no sigmoide distal um divertículo de grandes dimensões, com vários corpos estranhos no seu interior, com mucosa erosionada e friável. Removido um dos corpos estranhos (osso). O doente negava antecedentes de doença diverticular complicada, não apresentando dor abdominal ou febre nos dias prévios. Referenciado ao Serviço de Urgência, encontrando-se apirético, com abdómen indolor á palpação. Sem elevação dos marcadores analíticos de inflamação. Na TAC visualizou-se exuberante divertículo no sigmoide, 47mm de maior diâmetro, parede espessada e material denso no seu interior, sem evidência de perfuração ou colecção abcedada. Repetiu colonoscopia para extracção de restantes corpos estranhos: dois ossos, um palito, fragmentos de bivalve e vários fragmentos vegetais. A mucosa diverticular apresentava marcada congestão e friabilidade, com abundante exsudado. Após o procedimento manteve-se assintomático, apirético e sem elevação de parâmetros analíticos inflamatórios, tendo alta ao 2º dia de internamento. O empactamento de corpo estranho em divertículo do cólon é uma complicação conhecida, que pode culminar em perfuração. A originalidade deste caso está no facto de ter ocorrido um empactamento por múltiplos corpos estranhos, sem complicações ou sintomatologia associada, resolvido com sucesso endoscopicamente.

P 41

CEGO ISQUÉMICO: UMA VARIANTE RARA DE COLITE ISQUÉMICA

Pimentel R, Castro-Poças F, Pedroto I

Serviço de Gastrenterologia do Centro Hospitalar do Porto - Hospital Geral de Santo António

Resumo: A colite isquémica (CI) é a manifestação mais frequente de isquemia intestinal, geralmente correspondendo a uma isquemia não gangrenosa, transitória e que resolve sem sequelas. A maioria dos doentes afectados tem mais de 60 anos e na generalidade dos casos não é possível identificar uma causa precipitante. O atingimento do cólon é tipicamente segmentar, sendo o cólon esquerdo a localização mais frequente.

Mulher, 85 anos, antecedentes de HTA, epilepsia e osteartroses. Recorre ao Serviço de Urgência por dor intensa no quadrante inferior direito (QID) do abdómen, com 48h de evolução, sem outra clínica associada. Sem antecedentes de alteração do trânsito intestinal, emagrecimento, hematoquézias ou melenas. Encontrava-se apirética, normotensa, com abdómen doloroso à palpação da fossa ilíaca direita, sem tumefacção palpável ou sinais de irritação peritoneal. Análises a revelarem leucocitose (16150/ml) com neutrofilia (12600/ml), anemia normocítica/normocrómica (Hb-11g/dl), Proteína C reactiva-160mg/L (N<5mg/dl), Creatinina-1,3mg/dl, ureia-36mg/dl, ionograma sem alterações. Ecografia abdominal a mostrar marcado espessamento parietal circunferencial do cólon ascendente, compatível com alteração inflamatória ou neoplasia ou isquemia. Colonoscopia: cego ocupado por lesão vegetante ulcerada com áreas necróticas, envolvendo um dos bordos da válvula ileoceal, cujas biopsias mostraram alterações morfológicas compatíveis com colite isquémica e ausência de sinais de malignidade. A doente iniciou pausa alimentar, fluidoterapia e antibioterapia de largo espectro, verificando-se apirexia sustentada, resolução da dor abdominal em menos de 3 dias e regressão dos marcadores analíticos de inflamação.

A isquemia isolada do cólon direito ocorre em 25% dos casos de CI, manifestando-se mais frequentemente por dor abdominal sem hematoquézias. Associa-se a um pior prognóstico com maior risco de cirurgia e maior mortalidade. A isquemia envolvendo unicamente o cego é uma variante bastante rara, mas que deve ser incluída no diagnóstico diferencial de dor aguda no QID do abdómen num indivíduo idoso.

P 42

A APENDICITE AGUDA PODE SER UMA INFECÇÃO PELO *HELICOBACTER PYLORI*?

Nuno Carvalho, Ana Cóias, Susana Onofre, Rui Lebre, Diogo Albergaria, Carlos Santos, Maria J. Brito, João Gíria
Serviço de Cirurgia Geral e Anatomia Patológica, Hospital Garcia de Orta, Almada

Introdução: A obstrução do lúmen apendicular é o evento inicial na apendicite aguda. A hiperplasia dos folículos linfóides do apêndice é a principal causa de obstrução na criança.

A eventual viabilidade do *Helicobacter Pylori* (HP) no apêndice e a possibilidade de induzir hiperplasia de tecido linfóide pode conferir-lhe um papel etiológico na apendicite aguda.

Objectivo: Avaliar a presença de HP em peças de apendicite aguda.

Material e Métodos: Estudo retrospectivo de 51 peças consecutivas de apendicite aguda confirmadas por exame histológico.

A presença de HP foi avaliada com o método de Giemsa modificado e Anti-corpo Anti-*Helicobacter Pylori* (DAKO Rabbit Anti-*Helicobacter Pylori*)

Foi utilizado como controle biópsias gástrica com HP.

Resultados: Registaram-se 16 casos com Giemsa positivo (31%) e 4 casos com Ac Anti-HP positivo (8%).

Discussão: O Ac Anti-HP apresenta elevada sensibilidade e especificidade para o HP.

Em vários estudos prévios, com diferentes metodologias foi possível demonstrar a presença de HP em peças de apendicectomia, mas com menor incidência que no actual estudo.

Conclusão: HP presente em 8 % dos casos de apendicite aguda, pelo que é pouco provável existir relação directa com apendicite.

P 43

ILEOSTOMIA DE PROTECÇÃO VANTAGENS E DESVANTAGENS

Marta Ferreira, Carlos Casimiro, Vitor Marques, João Leitão, Luís Filipe Pinheiro

Hospital São Teotónio de Viseu

Introdução: As fístulas anastomóticas após cirurgia colo-rectal ocorrem numa percentagem variável entre os 2-20%, sendo responsáveis por significativa morbimortalidade. Neste contexto, as anastomoses colo-rectais baixas e colo ou ileoanais, estão associadas a uma maior incidência de fístulas. A construção de ostomias de protecção, parece proteger estas anastomoses e assim obviar ao desenvolvimento de complicações pélvicas, principalmente sépticas, que geralmente terminam numa ostomia definitiva.

Objectivos: Avaliação de morbimortalidade condicionada quer pela presença de ileostomia de ansa (opção sistemática nos nossos doentes), quer pelo seu encerramento.

Material e Métodos: Para a realização deste estudo, foram revistos os processos clínicos dos doentes submetidos a confecção de ileostomia de protecção entre 01/01/2007 e 01/10/2010. Para a sua realização foram adoptados no Serviço os seguintes critérios: anastomoses a 6cm ou menos da margem anal, terapêutica neoadjuvante, hipoalbuminémia, dependência de esteróides e anastomoses de "risco".

Resultados: Da totalidade dos doentes, 11 desenvolveram complicações associadas à presença da ileostomia (24,4%), tendo sido classificadas em *major* em 3 e *minor* em 8.

À excepção de um doente, que recusou nova cirurgia, os restantes 44 doentes foram submetidos ao encerramento das respectivas ileostomias antes de um ano, dos quais 29 (65,9%), antes dos 3 meses.

Após o encerramento, verificaram-se 14 complicações, das quais 7 consideradas *minor* e 7 *major*.

Não houve mortalidade antes nem após encerramento de ileostomia.

Nos 45 doentes, foram diagnosticadas 8 fístulas anastomóticas (17,8%), com base na realização sistemática de um clister com contraste hidrossolúvel (Gastrografina), antes da alta e prévia ao encerramento da ileostomia.

Vantagens: Em todos os doentes houve reconstrução do trânsito intestinal.

P 44

UMA ETIOLOGIA RARA PARA UMA MASSA PERIRECTAL

Pimentel R¹, Castro-Poças F¹, Ferreira J², Pedroto I¹

1- Serviço de Gastrenterologia, Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António; 2- Serviço de Medicina C, Centro Hospitalar do Porto – Hospital Geral de Santo António

Resumo: Mulher, 73 anos, com antecedentes de DM tipo 2, HTA, Insuficiência cardíaca por cardiopatia hipertensiva e valvular, submetida em 2006 a pancreatectomia do corpo e cauda e esplenectomia por carcinoma de células acinares do pâncreas. Seguimento posterior sem evidência de recidiva neoplásica.

No decurso da investigação de uma anemia ferripriva realizou em 2011 uma colonoscopia, observando-se no recto um abaulamento volumoso da parede, recoberto por mucosa endoscopicamente normal. Realizou ecoendoscopia que demonstrou, em localização perirectal direita, uma lesão heterogénea, predominantemente hipoecogénica, com 54mm x 44mm, que exercia efeito de massa sobre as paredes do recto e da vagina, mas com plano de clivagem com estas estruturas. Efectuou punção aspirativa da lesão, guiada por ecoendoscopia, para exame citológico, tendo este revelado adenocarcinoma. Tendo em conta os antecedentes oncológicos da doente, perante a possibilidade de uma recidiva tumoral com metastização, realizou-se TAC toraco-abdomino-pélvico: conglomerado adenopático com 6cm x 3cm no mediastino posterior, assim como outras adenopatias mediastínicas (a maior com 12mm); vários nódulos hepáticos com captação precoce do contraste endovenoso; pâncreas restante sem imagens de lesões expansivas, sem dilatação do Wirsung; junto da cúpula vaginal presença de massa nodular heterogénea com 5,8cm de maior diâmetro, exercendo efeito compressivo sobre parede direita do recto; várias adenopatias perirectais e periceais até 13mm; sem evidência de carcinomatose peritoneal. A doente foi apresentada em reunião multidisciplinar de grupo oncológico, tendo-se decidido por tratamento paliativo.

O carcinoma de células acinares do pâncreas é uma neoplasia muito rara, constituindo 1-2% dos tumores pancreáticos. Apesar de ser considerado um cancro agressivo, tem melhor prognóstico do que o adenocarcinoma ductal, com sobrevida aos 5 anos de cerca de 70% na doença ressecável. Os locais mais frequentes de metastização dos carcinomas do corpo e cauda do pâncreas são o fígado, peritонеu, pulmão e gânglios. A metastização perirectal de cancro pancreático é extremamente rara, estando descritos na literatura apenas dois casos.

P 45

FECALOMA GIGANTE - UM CASO CLÍNICO

Paula Sabino, Margarida Brito e Melo, Pedro Coito

Serviço de Cirurgia do Centro Hospitalar Oeste Norte

Resumo: O acto defecatório resulta da correcta coordenação de uma complexa actividade motora voluntária e involuntária, sendo afectado por inúmeras alterações comportamentais.

Os autores apresentam o caso clínico de um jovem com alteração dos hábitos defecatórios desde a primeira infância, instalados numa personalidade incomum, que resultaram no desenvolvimento de um quadro clínico que obrigou à abordagem cirúrgica de necessidade e a uma intervenção terapêutica multidisciplinar.

P 46

CARCINOIDE DO RECTO UM ACHADO HISTOPATOLÓGICO

Joana Carvalheiro, Rosa Ferreira, Maria João Pereira, Alexandra Fernandes, Sofia Mendes, Margarida Ferreira, Cláudia Agostinho, Zita Romão, Rui Mesquita

Centro Hospitalar de Coimbra - E.P.E.

Introdução: Os tumores neuroendócrinos (TNE) do recto representam 1-2% dos tumores rectais, sendo esta uma localização relativamente comum destes tumores (cerca de 20%). Os carcinóides são TNE bem diferenciados, com baixo grau de atipia celular. A maioria (80%) encontra-se localmente circunscrita no momento do diagnóstico associando-se a um curso benigno, particularmente as lesões infracentimétricas. São normalmente assintomáticos e muitas vezes diagnosticados incidentalmente.

Caso Clínico: Mulher de 48 anos, sem antecedentes patológicos de relevo, referenciada à consulta de Gastrenterologia por pólipos rectais. Referia dor abdominal com 2 meses de evolução e períodos de obstipação, sem outras queixas. Efectuada colonoscopia total, observando-se formação polipóide sésil no recto, com 8 mm de diâmetro, que foi polipectomizada com ansa. A análise histopatológica identificou tumor carcinóide bem diferenciado, com 6 mm, centrado na submucosa, sem atingir a margem cirúrgica. Estudo laboratorial complementar incluindo 5-HIAA e cromogranina A e cintigrafia com octreótido marcado com In111 sem alterações. TC toracoabdominopélvica sem alterações de relevo. Em *follow-up* clínico, imagiológico e endoscópico (9 e 24 meses após ressecção da lesão), a doente encontra-se assintomática e sem evidência de recidiva.

Conclusão: O diagnóstico de tumor carcinóide do recto constituiu, neste caso, um achado histológico. Perante uma lesão infracentimétrica, bem diferenciada, completamente removida através de endoscopia e, aparentemente, sem evidência de doença metastática considera-se, esta, uma situação de bom prognóstico. Foi iniciada vigilância após o procedimento diagnóstico e terapêutico. Não existem, porém, orientações precisas e consensuais para o *follow-up* destes doentes.

P 47

DEGENERESCÊNCIA MALIGNA EM JOVEM COM COLITE ULCEROSA

Filipa Santos, Júlio S. Leite, António Manso, F. Castro Sousa

Serviço de Cirurgia A, Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo: Apresenta-se o caso de um doente de 25 anos, com o diagnóstico de colite ulcerosa desde 2000, com envolvimento predominante do cólon esquerdo. Foi medicado com azatioprina desde 2001 até 2005.

Efectuou colonoscopias em 2004 e 2007 que passaram a revelar pancolite. Devido a agudização dos sintomas, reinicia azatioprina em 2008, com boa resposta clínica. Em Junho de 2011 quadro suboclusivo com megacólon, sendo submetido a terapêutica médica intensiva (nutrição parenteral, prednisolona, Infiximab, azatioprina e antibióticos) com resposta inicial aceitável mas, após 2 semanas, icterícia e agravamento da distensão abdominal. Uma TAC confirmou a presença de ascite, provável carcinomatose peritoneal e dilatação da VB principal; na colonoscopia uma lesão de estenose infranqueável a 35cm (biopsia adenocarcinoma) e na paracentese células tumorais. Foi colocada uma prótese plástica devido a estenose da VBP distal (colangite esclerosante?), apresentando nessa altura BT de 29mg/dl.

Perante o quadro de oclusão intestinal associado a ascite sob tensão e icterícia foi realizada cirurgia de redução tumoral: colectomia total com enterectomia (150cm), ileostomia terminal e omentectomia com ressecção gástrica segmentar. A obstrução da VBP devia-se à compressão ganglionar hilar. No pós-operatório houve quadro séptico devido a colangite que se resolveu com antibioterapia e substituição da prótese plástica por uma metálica. O doente deixou de ter ascite mas persistiu sempre um quadro suboclusivo, sem se objectivar radiologicamente a causa, situação que impediu o início de quimioterapia, vindo o paciente a falecer após 3 meses por falência multiorgânica.

Este caso revela a necessidade de maior vigilância endoscópica dos pacientes com colite ulcerosa e evolução clínica agressiva, independentemente da idade e do tempo de evolução da doença.

P 48

COLITE ESQUERDA SEVERA ASSOCIADA A FÍSTULA PERIANAL RESISTENTE À TERAPÊUTICA MÉDICA

Filipa Santos, Júlio S. Leite, Beatriz Costa, F. Castro Sousa

Serviço de Cirurgia A, Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo: Apresenta-se o caso de uma paciente de 26 anos, com o diagnóstico de colite ulcerosa esquerda desde 2008; em 2010 teve abscesso perianal que foi drenado e colocado seton. Ao longo de 3 meses, apesar da terapêutica médica instituída (corticóides, azatioprina, metronidazol, infliximab) manteve um quadro de colite em fase aguda: diarreia, febre persistente, dores abdominais. A fístula perianal persistiu com trajeto supraesfinctérico anterior. A colonoscopia revelou colite activa ulcerada esquerda poupando parcialmente o recto. A TAC mostrou relativo espessamento do ângulo esplénico e do descendente e um cintigrama intestinal com leucócitos marcados mostrava predominância da fixação dos leucócitos também nessas zonas.

A opção cirúrgica tomada foi colectomia total com ileostomia terminal, encerramento do coto rectal e retalho de deslizamento rectal na fístula perianal anterior. Existia um intenso processo inflamatório pericólico a nível do ângulo esplénico e também do descendente, aspectos macroscópicos sugestivos de doença de Crohn que se confirmou histologicamente.

Surgiu infecção da sutura e também loca inflamatória retroperitoneal residual que melhoraram com terapêutica médica. Três meses após a alta constatou-se melhoria clínica significativa embora ainda com cicatrização parcial da fístula perianal. Está programada reconstrução do trânsito com anastomose íleo-rectal e eventual revisão da fístula perianal se não ocorrer cicatrização completa.

Este caso de doença inflamatória intestinal evidencia as dificuldades no diagnóstico e na opção cirúrgica perante a falência da terapêutica médica.

V 01

LAPAROSCOPIC SIMULTANEOUS TREATMENT OF APICAL PROLAPSE AND RECTOCELE TECHNIQUE

Joaquim Costa Pereira, Paula Ramoa, Carlos Costa Pereira, Tiago Basseres, Cristina Martinez, Jacinta Queirós, Licínio Soares, Luís Milheiro, Susana Costa, Pedro Cunha

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), Faculdade de Medicina do Porto (FMUP)

Introdução: A correcção isolada do rectocelo não soluciona os síndromes de obstrução defecatória se

houver alterações anatómicas associadas como enterocelo, prolapso apical descida do períneo e prolapso mucoso do recto. Apresentamos um vídeo demonstrativo dos passos principais de uma nova técnica laparoscópica de correcção de rectocelo e prolapso apical, enterocelo, descida do períneo e prolapso interno do recto, permitindo com pequenas modificações o tratamento do prolapso externo do recto e do cistocelo.

Métodos:

- 1- Doente em posição de Lloyd-Davis modificada, pneumoperitoneu de 12mm de Hg.
- 2- Colocação de quatro portas: umbilical para a câmara, transição dos quadrantes direitos, quadrante inferior direito, e transição dos quadrantes esquerdos.
- 3- Elevação do útero por manipulação transvaginal.
- 4- Abertura do fundo de saco pélvico com dissecação do espaço rectovaginal até ao pavimento pélvico.
- 5- Introdução intracelómica de rede de polipropileno, talhada em forma de Y, com haste inferior com extensão e largura adequada ao espaço rectovaginal previamente dissecado.
- 6- Fixação central da prótese ao istmo uterino, com abandono da haste no espaço rectovaginal (tipo Stoppa).
- 7- Incisão abdominal, bilateral, anterior e craneal a espinha ilíaca anterosuperior, com exposição e abertura da fascia do oblíquo externo. Introdução pela incisão criada, de pinça longa, com direse muscular e progressão subperitoneal até ao fundo de saco previamente exposto. Tracção de ambos os topos superiores da prótese com a pinça longa, condicionando o reposicionamento do útero ou cúpula vaginal. Encerramento do fundo de aço pélvico. Fixação dos topos da prótese a aponevrose do oblíquo externo, com encerramento desta.

Conclusão: Técnica de fácil reprodução, baixa morbilidade, correcção adequada das alterações anatómicas com resolução da obstrução defecatória.

V 02

RESSECÇÃO DO CÓLON ESQUERDO LAPAROSCÓPICA COM EXTRAÇÃO TRANSANAL DA PEÇA CIRÚRGICA

Carlos Costa Pereira, Cristina Martinez, Jacinta Queirós, Licínio Soares, Luís Milheiro, Susana Costa, Pedro Cunha, Joaquim Costa Pereira

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), Faculdade de Medicina do Porto (FMUP)

Resumo: Vídeo demonstrativo de extracção da peça por um orifício natural e realização de anastomose colo-rectal laparoscópica em hemicolectomia esquerda.

Materiais e Métodos: Porta umbilical de 12 mm para a câmara e três portas de trabalho de 12 mm, colocadas no quadrante superior direito, no quadrante inferior direito e na transição dos quadrantes esquerdos do abdómen, respectivamente.

Após mobilização do cólon esquerdo, ângulo esplénico e realizadas as laqueações vasculares, procedemos a secção do meso na transição rectosigmoidea.

Introduzimos a cabeça da máquina circular de 31 mm, via transanal, colocando-a na cavidade peritoneal através de colotomia do segmento distal do cólon.

Posicionamento da cabeça da máquina circular no extremo proximal do cólon através de colotomia, encerramos este coto proximal com EndoGIA 60 mm e exteriorizamos o espigão da cabeça da máquina na linha de sutura.

Seccionamos o extremo distal do cólon e procedemos a extracção da peça de colectomia por via transanal.

O coto de secção da transição rectosigmoidea é encerrado com EndoGIA 60 mm.

Realizamos a anastomose colorrectal via laparoscópica.

Resultado e Conclusão: Esta técnica permite uma boa recuperação no pós-operatório, com bons resultados estéticos e minimiza o risco de hérnias incisionais e infecção da ferida operatória.

V 03

PRÓTESES BIODEGRADÁVEIS NO TRATAMENTO DE ESTENOSES BENIGNAS NA DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL

Catarina Graça Rodrigues, Liliana Santos, Eduardo Pires, João de Deus

Serviço de Gastreenterologia do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, Amadora

Introdução: As próteses biodegradáveis constituem uma nova opção terapêutica na abordagem das estenoses benignas do tracto gastrointestinal. Estas próteses mantêm a integridade e força radial durante 6-8 semanas após a sua colocação, desintegrando-se depois a uma velocidade que depende da temperatura, pH e do tipo de tecido. Até à data as próteses biodegradáveis foram testadas sobretudo no tratamento das estenoses benignas esofágicas, mas a sua utilização na Doença Inflamatória Intestinal é promissora, como alternativa à cirurgia de ressecção, à estenosoplastia ou à dilatação endoscópica.

Caso Clínico: Os autores apresentam o caso de uma doente de 33 anos com Doença de Crohn diagnosticada aos 16 anos, com envolvimento gástrico e cólico de tipo inflamatório e doença peri-anal fistulizante (A1,L3L4p,B1), medicada com Infliximab desde 2001, que apresenta estenose benigna da transição recto sigmoideia com 8 cm de extensão, sintomática, com 2 episódios de sub oclusão no último ano. Foi colocada prótese biodegradável SX-ELLA 25/20/25-100mm através de fio-guia, sob apoio endoscópico e radioscópico, após injeção de lipiodol na extremidade distal e proximal da estenose. O procedimento foi realizado sob sedação profunda com Midazolam ev. Não se verificaram complicações imediatas. Verificou-se rápida melhoria da sintomatologia, e a doente não voltou a ter episódios de sub-occlusão. Feito controlo endoscópico às 6 semanas, com a prótese íntegra e em posição adequada.

V 04

A ECOGRAFIA ENDOLUMINAL NA AVALIAÇÃO DAS FISTULAS PERIANAIS

Ana Formiga, Isabel Paixão

Hospital dos Capuchos

Introdução: Ao tratar as fistulas perianais, há que ter em conta a localização do orifício interno, os trajectos primários e secundários, a existência de abscessos, a integridade ou lesões prévias dos esfíncteres, e as condicionantes da técnica para evitar lesões iaterogénicas dos esfíncteres.

Material, Métodos e Resultados: A ecografia endoluminal foi executada por um cirurgião com experiência na técnica, utilizando uma sonda radial endoluminal 2D, com documentação em simultâneo com fotos e cliques de vídeo.

A recolha em vídeo permitiu encurtar a execução do exame e fazer posteriormente uma análise mais minuciosa e pormenorizada das lesões com reconstrução espacial mental.

A ecografia permitiu:

- 1- Localizar o orifício interno das fístulas, em circunferência e em altura.
- 2- Mapear os trajectos e abscessos a nível do canal anal, mostrando a sua relação com os esfíncteres.
- 3- Avaliar a integridade ou lesão dos esfíncteres.

Discussão: Da revisão da literatura constata-se que a RM pélvica continua a ser o *gold standard* na avaliação das fistulas peri-anais complexas, se efectuada por imagiologistas experientes e com a técnica adequada. Além disso permite avaliar lesões mais altas, já não acessíveis à ecografia.

No entanto a nível do canal anal, a ecografia endoluminal, também se efectuada por alguém experiente e com a tecnologia adequada, nomeadamente com a análise 3D, dá uma boa informação, tendo ainda a vantagem de ser portátil e poder utilizar-se no bloco operatório, para tratamento dos abscessos sob controlo ecográfico.

A ecografia, ao permitir a avaliação dos esfíncteres, condiciona a técnica cirúrgica, prevenindo a incontinência iaterogénica.

Conclusões: A ecografia endoluminal mesmo em 2D, quando executada por pessoas experientes, usando tecnologia adequada, e gravação em vídeo, permite uma boa avaliação das fistulas perianais, com reconstrução espacial mental.

V 05

CORRECÇÃO DE RECTOCELO POR ABORDAGEM TRANSANAL TRREMS (TRANSANAL REPAIR OF RECTOCELE AND FULL RECTAL MUCOSECTOMY WITH ONE CIRCULAR STAPLER)

Costa Pereira, Cristina Martinez Insua, Jacinta Queirós, Licínio Soares, Luís Milheiro, Susana Costa, Pedro Cunha
Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), Faculdade de Medicina do Porto (FMUP)

Resumo: Os autores apresentam um vídeo demonstrativo de uma cirurgia da correcção de rectocelo segundo a técnica de *transanal repair of rectocele and full rectal mucosectomy with one circular stapler* (TRREMS).

A técnica TRREMS permite com o uso de uma único disparo de uma máquina de agrafes circular (EEA HEM3348) a reconstrução da parede anterior do recto, corrigindo o rectocelo, e a ressecção do prolapso mucoso circular, associado ao rectocelo, que é também um dos factores etiológicos da obstrução defecatória que caracteriza esta patologia.

Doente com preparação mecânica do cólon, é realizada antibioterapia profiláctica. Posição de litotomia: Identificação do rectocelo, referência do vértice do rectocelo e confecção de sutura horizontal em barra grega englobando a mucosa rectal ao longo do rectocelo. Confecção de sutura em bolsa de tabaco proximal a sutura anterior englobando o prolapso mucoso associado. Excisão, com bisturi eléctrico, da mucosa rectal associada ao rectocelo. Aplicação da máquina e ressecção circular da mucosa do recto envolvendo a linha da ressecção anterior. Abordam-se os passos cruciais da técnica de forma a evitar as complicações cirúrgicas.

V 06

RAR POR ACESSO LAPAROSCÓPICO USANDO DISPOSITIVO SILS

Nuno Marcos, Filipa Tavares, Bela Pereira, Joana Esteves, Lurdes Gandra, Jorge Maciel
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Resumo: O autor propõe-se apresentar um vídeo de uma Ressecção anterior do recto alta por SILS numa mulher de 77 anos. Antecedentes patológicos de HTA, asma e dislipidémia. Na sequência de queixas de hematoquésias efectua colonoscopia em 17-12-2010 com polipectomia de pólipos no cego.

Em colonoscopia posterior 18-02-2011, verifica-se lesão residual que é removida e dois pólipos de novo: Pólipo séssil de aspecto viloso com 35mm no recto proximal exérese por fragmentos com ansa diatérmica, pólipo pediculado com 25mm no recto médio exérese por fragmentos com ansa diatérmica, cujo exame histológico revela adenocarcinoma bem diferenciado com invasão em profundidade, pelo que efectua RMN e nova colonoscopia para tatuagem da margem distal, sendo proposta para cirurgia que efectua em Junho de 2011. O resultado da anatomia Patológica foi segmento recto-cólico com 7,5cm de extensão com mucosa sem lesões macroscópicas e histologicamente sem evidência do pólipo viloso com transformação carcinomatosa. Isolados 8 gânglios linfáticos, sem metástases.

V 07

RESSECÇÃO TRANSANAL USANDO DISPOSITIVO SILS – TAMIS

Nuno Marcos, Filipa Tavares, Bela Pereira, Joana Esteves, Lurdes Gandra, Jorge Maciel
Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

Resumo: A utilização da porta única pode ser feita na abordagem transanal de lesões situadas entre os 6 cm e os 15-20 cm assumindo nesse contexto a designação de TAMIS (*trans anal minimal invasive surgery*), à semelhança do TEM mas sem necessitar de grande investimento e utilizando os mesmos instrumentos da laparoscopia, conseguindo-se em relação à via clássica melhor exposição (devido ao vídeo) e melhor ergonomia / conforto.

Permite a exploração do recto, a cirurgia endorectal de tumores vilosos ou T1 ou a endoscopia com 3 canais de trabalho para biópsias, mucosectomias, hemostase.

As modificações introduzidas são apenas a sua fixação ao períneo e o uso de uma pressão de insuflação

de 18mmHg.

O autor propõe-se apresentar um vídeo de uma Ressecção transanal usando dispositivo SILS numa mulher de 53 anos enviada à Consulta externa de Cirurgia por Gastroenterologia por nódulo de 5mm na dependência da 3ª camada da parede do recto sugestivo de recidiva de tumor carcinoide pós polipectomia efectuada 5 meses antes.

Efectua cintigrafia e RMN, ambas negativas e é proposta para cirurgia que efectua em Junho de 2011. O resultado da anatomia Patológica foi retalho de parede intestinal submucosa, camada muscular e tecido adiposo de 1,8 por 1,7cm. O exame histológico mostra mucosa recto-cólica de características normais. Submucosa com fibrose e alguns vasos congestionados. Há dissociação dos feixes de fibras musculares da camada muscular própria por edema, alguma fibrose e septos de tecido adiposo que emanam do tecido adiposo peri-rectal. Não há sinais de desenvolvimento tumoral.

Conclusão: Aspectos de provável carácter reaccional.

V 08

LAQUEAÇÃO INTERESFINTERIANA DO TRAJECTO DE FÍSTULA TRANSESFINTERIANA ANTERIOR (LIFT)

Cristina Martinez, Jacinta Queirós, Licínio Soares, Luís Milheiro, Susana Costa, Pedro Cunha, Joaquim Costa Pereira

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), Faculdade de Medicina do Porto (FMUP)

Introdução: A técnica de laqueação do trajecto fistuloso no espaço interesfinteriano para tratamento de fístulas anais complexas apresenta bons resultados e não compromete a continência anal. A cirurgia de uma fístula anterior numa mulher sujeita no mesmo tempo operatório a fistulotomia de fístula interesfinteriana posterior apresenta um risco importante de incontinência.

Doente: Doente de 58 anos com queixas supuração perianal crónica com orifício externo na margem anal posterior e anterior. Foi excluída doença inflamatória intestinal. Apresenta-se vídeo demonstrativo de técnica de LIFT em fístula anterior associada a fistulotomia em fístula posterior.

Técnica: Preparação mecânica do cólon, anterograda, administração de cefoxitina 2g na indução anestésica. Fistulotomia de fístula interesfinteriana na transição dos quadrantes posteriores. Canulação da fístula transesfinteriana anterior, e identificação do espaço interesfinteriano.

Dissecção do espaço interesfinteriano com identificação do trajecto fistuloso, sua laqueação e secção. Aproximação do espaço interesfinteriano e aproximação dos bordos da ferida cirúrgica.

Cuidados em pós-operatório: metronidazol oral 250mg tid, por 10 dias, paracetamol oral 1000 mg tid e banhos de assento em água tépida.

Resultados: Cicatrização completa as 4 semanas sem alteração da continência.

Conclusão: LIFT é uma técnica de fácil reprodução, possibilitando resolução de fístulas complexas sem comprometer a continência anal.

V 09

LAQUEAÇÃO DO INTERESFINTERIANO TRAJECTO DE FÍSTULA RECTOVAGINAL (LIFT)

Cristina Martinez, Jacinta Queirós, Licínio Soares, Luís Milheiro, Susana Costa, Pedro Cunha, Joaquim Costa Pereira

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), Faculdade de Medicina do Porto (FMUP)

Introdução: A técnica de laqueação do trajecto fistuloso no espaço interesfinteriano para tratamento de fístulas anais complexas apresenta bons resultados e não compromete a continência anal.

Doente: Doente de 32 anos com queixas de saída de gás e fezes pela vagina de um ano de evolução. Foi excluída doença inflamatória intestinal. Exame objectivo com fístula rectovaginal. Apresenta-se vídeo demonstrativo de técnica de LIFT em doente com fístula rectovaginal.

Técnica: Preparação mecânica do cólon, anterograda, administração de cefoxitina 2g na indução anestésica. Canulação da fístula e identificação do espaço interesfinteriano. Dissecção do espaço

interesfincteriano com identificação do trajecto fistuloso, sua laqueação e secção. Aproximação do espaço interesfincteriano e aproximação dos bordos da ferida cirúrgica. Cuidados em pós-operatório: metronidazol oral 250mg tid, por 10 dias, paracetamol oral 1000 mg tid e banhos de assento em água tépida.

Resultados: Cicatrização completa as 4 semanas sem alteração da continência.

Conclusão: LIFT é uma técnica de fácil reprodução, com bons resultados demonstrados em fistulas complexas, sem comprometimento da continência e que pode ser uma alternativa válida na abordagem das fístulas rectovaginais.

V 10

RESSECÇÃO ANTERIOR DO RECTO POR VIA LAPAROSCÓPICA COM RADIOABLAÇÃO DE METÁSTASE HEPÁTICA

Ivo Carvalho, Tiago Castro, Jorge Costa, Paulo Martins, Pedro Rodrigues, Gil Gonçalves, Mário Nora

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga – Unidade de São Sebastião

Resumo: Este vídeo relata o caso de um doente do sexo masculino, de 30 anos sem antecedentes médico-cirúrgicos relevantes.

Foi referenciado à consulta de Cirurgia Geral por queixas de tenesmo com meses de evolução; sem outras queixas ou sintomas. Antecedentes familiares irrelevantes.

Realizou colonoscopia em Maio de 2011 que revelou neoplasia dos 5 aos 12 cm do recto, ocupando cerca de 2/3 da circunferência; biopsia adenocarcinoma. O TAC abdominal evidenciou lesão hepática no segmento IV com cerca de 1,4 cm, sugestiva de lesão metastática. Analiticamente: CEA 0,93 e Ca 19-9 de 1,3. Foi proposto para quimioterapia e radioterapia neoadjuvantes. Completou tratamento em Agosto de 2011. Nos exames completos imagiológicos de reavaliação parece existir ligeira regressão da lesão hepática e manifesto aspecto regressivo da lesão do recto.

O doente foi submetido a uma ressecção anterior do recto por via laparoscópica com ablação por radiofrequência da lesão hepática, no dia 23 de Setembro de 2011.

O pós-operatório decorreu sem intercorrências, tendo o doente alta ao 6º dia.

V 11

TUMOR RARO NO ÍLEON TERMINAL

Pedro Figueiredo, Vitor Fernandes, Sandra Carlos, João Gíria, João Freitas

Hospital Garcia de Orta

Resumo: Apresenta-se o caso de um homem, 42 anos de idade, com queixas arrastadas de dor periumbilical, meteorismo e períodos de diarreia não associadas a emagrecimento. A avaliação analítica que realizava regularmente foi normal até 2 meses antes da consulta, altura em que se verificou descida da Hb para 12,5 g/dL e Ferritina de 25 mg/dL.

Procedeu-se a colonoscopia que revelou invaginação ileo-cólica e tumor polipóide de grande dimensão, com ulceração, no ileon terminal. As biópsias foram inconclusivas. Foi submetido a hemicolectomia direita e o estudo da peça operatória revelou pólio fibroide inflamatório. Apresenta-se iconografia em vídeo e faz-se breve revisão da literatura.

V 12

RESSECÇÃO DE HARTMANN POR VIA LAPAROSCÓPICA

Ivo Carvalho, Tiago Castro, Tiago Ferreira, Paulo Martins, Pedro Rodrigues, Gil Gonçalves, Mário Nora

Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga – Unidade de São Sebastião

Resumo: O vídeo relata o caso clínico de uma doente de 42 anos sem antecedentes médicos relevantes. Observada no Serviço de Emergência por quadro de dor abdominal súbita, intensa na região hipogástrica com irradiação para a região ano genital, associada a vômitos aquosos. Sem alterações do tran-

sito intestinal, sem queixas urinárias ou outras. Clinicamente apresentava quadro de abdómen agudo. Efetuou tomografia axial computadorizada abdominal que revelou pequeno pneumoperitoneu com várias bolhas sugerindo perfuração de víscera oca.

Submetida a laparoscopia exploradora tendo sido detectada diverticulite perfurada com peritonite generalizada.

Realizada cirurgia tipo Hartmann por via laparoscópica. Internada na UCIP no pós-operatório imediato com necessidade de suporte simpático mimético em baixas doses durante 48h. Extubada às 72h e transferida para o Serviço de Cirurgia Geral.

Alta ao 7º dia de pós-operatório sem registo de complicações.

A anatomia patológica da peça cirúrgica revelou doença diverticular do cólon complicada de diverticulite perfurada e peritonite.

V 13

APENDICECTOMIA LAPAROSCÓPICA

Tatiana Santos, Cristina Martinez, Jacinta Queirós, Licínio Soares, Luís Milheiro, Susana Costa, Pedro Cunha, Joaquim Costa Pereira

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS), Faculdade de Medicina do Porto (FMUP)

Introdução: Vídeo demonstrativo de apendicectomia por via laparoscópica.

Materiais e Métodos: Porta umbilical de 12 mm para a câmara e duas portas de trabalho: 12 mm, na transição dos quadrantes esquerdos e 5mm suprapúbica. Identificação do apêndice, dissecação do meso e laqueação da base com clips seguida de secção do apêndice. Laqueação do mesoapendicular após colocação de clips. Aspiração da cavidade abdominal. Extracção da peça operatória em saco.

Resultado e Conclusão: Esta técnica permite uma boa recuperação no pós-operatório, com bons resultados estéticos e minimiza o risco de infecção da ferida operatória.

V 14

EXCISÃO DE BOLSA ILEAL E RECONSTRUÇÃO DE BOLSA COM ANASTOMOSE ILEOANAL DEVIDO A FÍSTULA RECTOVAGINAL E VULVAR

Júlio S. Leite, Mónica Martins, Alexandre Monteiro, Marco Serôdio, Marta Azenha

Serviço de Cirurgia A, Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo: Uma doente de 34 anos, com história de colite ulcerosa de 10 anos de evolução, operada há 3 anos de proctocolectomia com bolsa ileoanal, apresentava queixas persistentes relacionadas com fístula rectovaginal e vulvar, inflamação da mucosa rectal residual com coto de 3cm e estenose da anastomose íleo"anal" que não respondia à terapêutica médica (antibioterapia, infliximab, corticoterapia e imunossuppressores). Considerou-se que o tratamento com cola biológica/*plug* ou o retalho de deslizamento não resultariam neste caso e a ileostomia definitiva era rejeitada pela paciente.

No vídeo mostra-se a opção cirúrgica tomada: abordagem inicial por via perineal através da via interestintérica, com dissecação no espaço entre a junção ano-rectal e o elevador do ânus lateralmente, a vagina à frente e o puborectalis atrás; posterior abordagem abdominal com desconexão da bolsa ileal e excisão da parede rectal residual, mobilização dos vasos mesentéricos superiores, reconstrução da bolsa em J com anastomose ileoanal manual e ileostomia lateral de derivação. O exame histológico da peça confirmou a existência de processo inflamatório com intensa *cuffitis* e de *pouchitis* moderada, não enquadrável em doença de Crohn.

Encerrou-se a ileostomia após 3 meses e, 9 meses depois, a doente está assintomática e com bom resultado funcional.

Este caso demonstra que o tratamento cirúrgico das complicações sépticas da cirurgia das bolsas ileais é complexo, podendo ter elevada taxa de sucesso em centros diferenciados.

V 15

RISCO DE DEGENERESCÊNCIA NO COTO RECTAL EM DOENTE COM MUTAÇÃO MYH: PROCTOSIGMOIDECTOMIA COM BOLSA ILEONAL

Júlio S. Leite, Juliana Oliveira, Sheila Martins, Marta Azenha

Serviço de Cirurgia A, Hospitais da Universidade de Coimbra

Resumo: Um doente de 64 anos tinha efectuado, 17 anos antes, hemicolectomia esquerda por neoplasia cólica (T3N+) e um ano mais tarde hemicolectomia direita por tumor metácrono associado a polipose múltipla. Após 18 meses foi corrigida hérnia incisional com rede. Na nossa consulta confirmou-se há 6 anos ser portador de mutação MYH, tendo 3 irmãos e uma sobrinha operados por cancro colo-rectal. Efectuou duas polipectomias endoscópicas em 2006 e em 2010 duas novas excisões endoscópicas (aos 12 e aos 5 cm da margem anal), histologicamente ainda sem degenerescência maligna, mas aos 6 meses verificou-se recidiva dos pólipos.

Neste contexto optou-se pela excisão do coto sigmoide-rectal e pela construção duma bolsa ileal com anastomose ileoanal e ileostomia de derivação, intervenção cuja técnica se resume no vídeo. É dado destaque às aderências ileais com a prótese intraperitoneal, secção do íleon e mobilização da ansa escolhida para a construção da bolsa, mobilização do segmento sigmoide-rectal no plano da fascia mesorectal e secção do coto rectal a nível do plano do puborectalis; mostram-se também as alternativas técnicas com utilização de diferentes máquinas de sutura (Contour vs TA 4.5), construção de bolsa em J, anastomose ileoanal mecânica e verificação da estanquicidade da anastomose. Histologicamente confirmou-se existir um carcinoma T3N0 a 8cm da margem distal e outro T1N0 a 2,5cm, distando 1,5cm da margem radial.

Seis meses após o encerramento da ileostomia de derivação apresenta bom resultado funcional, com cinco dejectões diárias e continência anal conservada.

V 16

HEMICOLECTOMIA DIREITA COM EXTRACÇÃO DA PEÇA POR ORIFÍCIO NATURAL

Alda Pinto, Diogo Sousa, Setelio Rua, Carlos Sousa

Serviço de Cirurgia, Hospital do Litoral Alentejano

Resumo: Mulher de 56 anos. Pólipo viloso do cego com displasia de alto grau, dificilmente ressecável por endoscopia, razão pela qual a doente foi proposta para cirurgia. Abordagem laparoscópica com pressão de pneumoperitонеu 10mmHg, 2 trocares 10mm, 2 trocares 5mm. Dissecção de mediano para lateral e caudo-cranial. Libertação das aderências laterais e posteriores do cólon direito. Secção do íleon e do transverso. Abertura do fundo de saco vaginal posterior para extracção da peça. Anastomose mecânica intracorporal íleo-transverso latero-lateral.

V 17

NEOPLASIA DO RECTO BAIXO COM DISSECÇÃO INTERESFINCTERIANA

Setelio Rua, Diogo Sousa, Alda Pinto, Carlos Sousa

Serviço de Cirurgia, Hospital do Litoral Alentejano

Resumo: Doente do sexo masculino, 67 anos, ASA III, IMC 26, com neoplasia do recto a 2cm da linha pec-tínea. Após rádio e quimioterapia neo-adjuvantes o doente foi abordado por via laparoscópica, com pressão de pneumoperitонеu de 8mmHg, 2T10, 2T5. Ressecção anterior do recto com dissecção inter-esfincteriana e anastomose colo-anal. Ileostomia de protecção.

V 18

LEIOMIOSARCOMA DO CÓLON DESCENDENTE

Alda Pinto, Diogo Sousa, Setelio Rua, Carlos Sousa

Serviço de Cirurgia, Hospital do Litoral Alentejano

Resumo: Mulher de 62 anos, operada em Janeiro de 2009 por massa abdominal com colonoscopia sem alterações. TC abdominal revela massa do cólon descendente. Marcadores tumorais negativos. Abordada por laparoscopia com 2 trocares de 10mm e 2 trocares de 5mm. Ressecção em bloco da massa com anexo esquerdo. Exame anatomo-patológico revela leiomiosarcoma da *muscularis mucosae* de baixo grau. A doente encontra-se em vigilância sem recidiva até à data.

ManopH

comercial

Soluções integrais de Proctologia

- Fotocoagulação por Infravermelhos
- Anuscópios descartáveis / Aço
- Sistema de Luz fria adaptável às principais marcas
- Material para Ligaduras elásticas
- Marcadores para Estudo do tempo de trânsito Cólico
- Aparelhos para Biofeedback
- Aparelhos de testes respiratórios de Hidrogénio

Contacto:

Pedro Mascarenhas Saraiva
comercial@manoph.pt

Tel: 222076370 / 912226769

Representação

A. LEGRAND

